Yukon
Government
Gouvernement

RENEWAL
PROFESSIONAL CORPORATION

MEDICAL PROFESSION ACT

RENOUVELLEMENT DU PERMIS ANNUEL DE SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE

LOI SUR LA PROFESSION MÉDICALE

1. Name of Corporation:
   *Nom de la société :*_____

2. Registered Office:
   Bureau inscrit : _____

3. Address:
   Addresse : _____
   Street • *Rue* Town/City • *Ville* Postal Code • *Code postal*

4. Phone Number:
   Numéro de téléphone : _____

Please note that in order to maintain your professional corporation status with our office, you must be in good standing with Corporate Affairs.
Veuillez noter que pour que votre bureau conserve son statut de société professionnelle, vous devez être en règle avec Entreprises, associations et coopératives.

AGREEMENT OF APPLICANT • *ACCORD DU REQUÉRANT*

The undersigned hereby certify that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge. I hereby undertake to notify the Government of Yukon in writing of any change.
Par la présente, le soussigné certifie que les énoncés ci-dessus sont vrais au mieux de ma connaissance. Je m'engage par la présente à aviser le gouvernement du Yukon par écrit de tout changement.

Dated at: this day of ,20
À _____ *ce* _____ *jour de* _____ *,20* _____

_____ _____
Signature of Director/Officer • *Signature du directeur / dirigeant* Name of Director/Officer • *Nom du directeur / dirigeant*

Important Note: Professional Licensing and Regulatory Affairs will **NOT** accept payment by email or fax.
***Note importante** : Accréditation professionnelle et affaires réglementaires **N'ACCEPTERA PAS** de paiement par courriel ou télécopier.*

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or, complete payment information form YG5924 at: http://www.gov.yk.ca/forms/cs.html#cs1
Veuillez faire votre chèque à l'ordre du gouvernement du Yukon, ou fournir les renseignements demandés ci-dessous remplissez le formulaire d'informations de paiement YG5924 à: http://www.gov.yk.ca/forms/cs.html#cs1

Your completed application and **$50.00** renewal fee are due and payable on or before **December 31**.
Please forward your application and fee to:
Vous devez envoyer votre demande remplie et vos droits de renouvellement de 50 $ d'ici le 31 décembre.
Veuillez envoyer votre demande et votre paiement à l'adresse :

Please return your documents and fees to:

Mail: Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5
Box 2703, Whitehorse, Yukon Y1A 2C6
or
Courier or Dropoff: Professional Licensing and Regulatory Affairs, C-5
307 Black Street, Whitehorse, Yukon Y1A 2N1

Veuillez faire parvenir votre dossier accompagné des droits réglementaires à :
Courrier :
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
C.P. 2703 Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Courrier ou déposer :
Accréditation professionnelle et affaires réglementaires, C-5
307, rue Black, Whitehorse (Yukon) Y1A 2N1

Please contact Professional Licensing and Regulatory Affairs at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail PLRA@gov.yk.ca for inquiries.
Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec les Accréditation professionnelle et affaires réglementaires : par téléphone, au 867-667-5111; par télécopieur, au 867-667-3609; par courriel, à PLRA@gov.yk.ca

Personal information contained on this form is collected under the *Medical Profession Act* and will be used for the purpose of administering the *Act.* For further information, contact the Registrar of Medical Practitioners at (867) 667-5111, toll free within Yukon 1-800-661-0408, ext. 5111.

Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillisen vertu de la Loi sur la profession médicale *et seront utilisés à des fins d'administration de cette* Loi. *Pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec le registraire des médecins au (867) 667-5111, sans frais, au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111*

YG(5116Q)F1 Rev. 11/2013

Print/Imprimer Clear/Vider les champs