



Formulaire d'adhésion pour être vérificateur

This form is available in English.

Réservé à des fins administratives

Attention : Veuillez écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire. Pour vérifier une arme à feu, vous devez avoir accès à un ordinateur avec internet.

1. Je voudrais recevoir tous les renseignements en
 Français Anglais

A - Renseignements sur le demandeur

2. a) Nom de famille		2. b) Prénom		2. c) Initiale ou second prénom	
2. d) Date de naissance (aaaa-mm-jj)	2. e) Numéro de permis d'armes à feu	2. f) Date d'expiration (aaaa-mm-jj)	2. g) Occupation		

Coordonnées

Indiquez le moyen par lequel le Programme canadien des armes à feu peut communiquer avec vous.

3. a) Numéro de téléphone		Poste	3. b) Adresse de courrier électronique		
3. c) Voulez-vous offrir des services de vérification au public? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, inscrivez le numéro de téléphone qui devrait être communiqué aux public.			3. d) Numéro de téléphone (communiqué au public)		Extension

B - Renseignements sur l'entreprise, l'agence de services publics ou le répondant

4. a) Nom de l'entreprise ou du répondant de l'agence de services publics	4. b) Numéro de permis d'armes à feu de l'entreprise (le numéro d'identification d'agence de services publics n'est pas requis)	4. c) Date d'expiration du permis (aaaa-mm-jj)
---	---	--

Adresse physique

5. a) Rue ou emplacement de la propriété		5. b) App./Unité	
5. c) Ville	5. d) Province/Territoire	5. e) Postal Code (A9A 9A9)	

Adresse postale

Adresse postale est la même que l'adresse physique citée plus haut

6. a) Rue / Emplacement de la propriété / Route rurale / Boîte postale		6. b) App./Unité	
6. c) Ville	6. d) Province/Territoire	6. e) Postal Code (A9A 9A9)	

Renseignements sur le superviseur, le répondant ou le représentant

7. a) Nom de famille		7. b) Prénom		7. c) Initiale ou second prénom	
7. d) Numéro de téléphone		Poste	7. e) Adresse de courrier électronique (s'il y a lieu)		
7. f) Titre du poste					

J'autorise le demandeur à vérifier des armes à feu pour nos fins. J'informerai le Directeur de l'enregistrement de tout changement ou si le demandeur ne fait plus partie de notre organisation/entreprise.

Signature du superviseur, du répondant ou du représentant

Date (yyyy-mm-dd)

C - Catégorie de vérificateur

8. Catégorie (cochez une seule case)

<input type="radio"/> Entreprise	<input type="radio"/> Préposé aux armes à feu	<input type="radio"/> Club/Organisation	<input type="radio"/> Fabricant
<input type="radio"/> Nommé par le PCAF	<input type="radio"/> Agent de police	<input type="radio"/> Musée	<input type="radio"/> Agent public

D - Signature du demandeur

Signature du demandeur	Date (aaaa-mm-jj)
------------------------	-------------------

Pour nous informer de tout changement, pour toutes questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez composer le 1 800 731-4000, poste 1052.
 Une fois rempli, envoyez ce formulaire par télécopieur au 1 877 699-4928;
 par courrier électronique à : VerifiersNetwork-ReseauVérificateurs@rcmp-grc.gc.ca;
 ou par la poste à l'adresse : GRC, PCAF, Registre canadien des armes à feu, Réseau des vérificateurs, Ottawa ON K1A 0R2

Les renseignements recueillis dans le présent formulaire sont exigés en vertu de la *Loi sur les armes à feu*. Ils seront utilisés pour déterminer l'admissibilité et pour administrer et appliquer la législation relative aux armes à feu. Les droits des particuliers quant à l'information les concernant sont régis par la législation fédérale, provinciale ou territoriale applicable en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels et, en outre, par les dispositions de la *Loi sur les armes à feu*.