



CANPASS - AÉRONEFS D'ENTREPRISE

Un lien vers ce formulaire en format de document portable (PDF) est fourni ci-dessous. Le contenu du formulaire est reproduit en format HTML après le lien PDF. [PDF \(1,5 Mo\)](#) [\[aide sur les fichiers PDF\]](#)

Veillez écrire en caractères d'imprimerie. Nous n'accepterons pas les demandes incomplètes.

1. Langue préférée		<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français
RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE			
2. Nom de l'entreprise			
3. Adresse			
Province/État		Code Postal/ZIP	Pays
ADRESSE POSTALE (si elle est différente de celle qui précède)			
4. Adresse			
Province/État		Code Postal/ZIP	Pays
PRINCIPALE PERSONNE – RESSOURCE POUR L'ENTREPRISE			
Pour les renouvellements et à des fins administratives.			
5. Nom de famille		Prénom	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mlle
6. Titre ou poste		7. Téléphone au travail Poste	8. Télécopieur au travail
TRANSPORT DES PERSONNES NON-AUTORISÉS			
À titre privilégié, les titulaires d'autorisation CANPASS - Aéronefs d'entreprise peuvent transporter jusqu'à un maximum de quatre personnes non-autorisées par envolée. Les personnes non-autorisées voyageant au Canada sur l'aéronef de l'entreprise doivent avoir une relation par rapport à la direction de l'entreprise, être des citoyens ou des résidents permanents du Canada ou des É.-U., voyager sans frais, rencontrer les exigences d'immigration et rencontrer les critères d'admissibilité du Programme d'aéronefs d'entreprises.			
PAIEMENT DE FRAIS			
9. Des frais de 25 \$CAN seront imposés pour chaque personne non-autorisée mais n'ayant pas d'autorisation à bord.			
Si vous payez avec une carte de crédit, vous devez inclure un numéro de téléphone où vous pouvez être joint pendant les heures d'ouverture. Le Centre canadien de traitement communiquera avec vous au numéro fourni pour obtenir vos renseignements sur les paiements.			
<input type="checkbox"/> Je choisis de payer avec la carte de crédit d'entreprise et je consens à ce que le Centre de traitement canadien communique avec moi.		Numéro de téléphone : <input type="text"/>	
		Courriel : <input type="text"/>	
_____ Nom du titulaire (en lettres moulées)		_____ Signature du titulaire	
CERTIFICATION – ATTESTATION			
10. J'atteste que tous les renseignements contenus dans la présente demande et à l'appui de celle-ci ont été communiqués de façon volontaire et qu'ils sont exacts et complets.			
Personne qui remplit ce formulaire ▶	Nom (en lettres moulées)	Signature	Date