

**COMPANIES OFFICE
FILING REQUEST /
OFFICE DES COMPAGNIES
DEMANDE DE DÉPÔT**




OF / DE

Entity Name / Nom de l'entité _____		
Registry Number / Numéro d'inscription _____ and/or Business Number / et/ou numéro d'entreprise _____		
A Return Address / Adresse de retour _____ _____ _____	Contact Person / Personne-contact _____ Telephone No. / N° de téléphone _____ Client Reference Number / Numéro de référence client : _____	
B Name Reservation Number, if applicable / Numéro de la réservation de nom, s'il y a lieu : _____	C EXPEDITED SERVICE REQUESTED (additional fees apply) / DEMANDE DE SERVICE ACCÉLÉRÉ (Des frais supplémentaires s'appliquent.) <input type="checkbox"/>	D Effective Date – is the date documents are received unless you specify a date up to 30 days in the future / Date d'entrée en vigueur - Date de réception des documents, à moins que vous ne spécifiez, une date pouvant aller jusqu'à 30 jours plus tard : _____ / _____ / _____ Day / Jour Month / Mois Year / Année Documents will be processed and released after this date / Les documents seront traités, puis délivrés après cette date.
E Confirm Mailing Address for Annual Return / Renewal: Note: If not completed, the registered office address will be recorded as the mailing address Confirmez l'adresse postale pour le rapport annuel et le renouvellement : Remarque : Si cette partie n'est pas remplie, nous utiliserons l'adresse du bureau enregistré comme adresse postale. <input type="checkbox"/> Same as Box A / Même adresse que dans la rubrique A _____ _____		F Provide an Email Address if you wish to receive Annual Return / Renewal notifications electronically / Veuillez fournir une adresse de courriel si vous souhaitez recevoir les avis de rapport annuel et de renouvellement par voie électronique : _____

Return Fee and Two Copies to: Companies Office 1010 – 405 Broadway, Winnipeg, MB. R3C 3L6

Veuillez envoyer les droits et deux copies du formulaire au bureau suivant : Office des compagnies, 405, Broadway, bureau 1010, Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6

OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION			
Type of Forms Being Filed / Type de formulaire utilisée: <input type="checkbox"/> Corporate / Société <input type="checkbox"/> Business / Entreprise <input type="checkbox"/> Cooperative / Coopérative		Initials / Initiales : _____	
Fees / Frais :	Payment Method OR Account Number / Mode de paiement OU numéro de compte :	Received On / Date de réception :	
_____		_____	
_____		_____	
Released Date (dd/mm/yyyy) / Date de délivrance (jj/mm/aaaa) :	Released By / Délivré par :	Pickup Date (dd/mm/yyyy) / Date de ramassage (jj/mm/aaaa) :	Signature (Pickup) / Signature (ramassage) :

Manitoba 
CERTIFICATE / CERTIFICAT
ARTICLES EFFECTIVE /
LES STATUTS PRENNENT EFFET LE

DEPUTY REGISTRAR / REGISTRAIRE ADJOINT
The Cooperatives Act / Loi Sur Les Coopératives

1. Name of the Dissolved Cooperative / *Dénomination de la coopérative dissoute*

2. Date of Dissolution / *Date de la dissolution*

3. Reasons for Dissolution / *Raisons de la dissolution*

4. The applicant is / L'auteur de la demande est:

- a director / administrateur
- an officer (President, Secretary, etc.) / dirigeant (président, secrétaire, etc.)
- a shareholder / actionnaire
- a creditor / créancier
- other (please explain) / une autre personne (préciser) _____

5. Interest of Applicant in Revival of the Cooperative / *Intérêt de l'auteur de la demande dans la reconstitution de la coopérative*

6. Applicant / L'auteur de la demande

Name in full / <i>Nom complet</i>	Address in full (include postal code) / <i>Adresse complète (inclure le code postal)</i>	Date / <i>Date</i>	Signature / <i>Signature</i>

Instructions:

State the full residence address in paragraph 5, including street, number, city or municipality and postal code. P.O. Box number alone is not acceptable. If the dissolved cooperative was in default with respect to any filings required under The Cooperatives Act, all such defaults must be remedied at the time of delivering the Articles. Articles of Revival are to be executed in duplicate for delivery to the Registrar.

Directives:

Donner l'adresse de résidence complète à la rubrique 5 en incluant le numéro, la rue, la ville ou la municipalité et le code postal. Le numéro de case postale seul n'est pas suffisant. Si la coopérative dissoute n'a pas fait tous les dépôts exigés par la Loi sur les coopératives, il faut avoir remédié à cette situation au moment de la transmission des statuts. Il faut soumettre les statuts de reconstitution en double au registraire, en signant les deux copies.

OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Cooperative Number / *Numéro cooperative* : _____

Business Number / *Numéro d'entreprise* : _____