

**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 Amalgamated Cooperative / *Dénomination de la coopérative issue de la fusion*

2. Location of Registered Office / *Lieu du bureau enregistré*

3. Type of Cooperative / *Genre de coopérative*

Multi-stakeholder / *Coopérative composée de partenaires multiples*

4. Restrictions, if any, on the Business the Amalgamated Cooperative may Carry on / *Restrictions s'appliquant aux activités commerciales de la coopérative issue de la fusion, s'il y a lieu*

5. Restrictions, if any, or Qualifications for Membership in the Amalgamated Cooperative / *Restrictions s'appliquant à l'adhésion des membres à la coopérative issue de la fusion, s'il y a lieu*

6. Special provisions for a multi-stakeholder cooperative / *Termes spéciales pour une coopérative composée de partenaires multiples*

7. Resolution at a meeting of the cooperative / *Résolution adoptée au cours d'une assemblée de la coopérative*

8. Quorum at a meeting of the cooperative / *Quorum au cours d'une assemblée de la coopérative*

9. Membership share capital / *Capital de parts de membre*

10. Number of directors / *Nombre d'administrateurs*

11. First Directors / *Premiers administrateurs*

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

12. Interest of member (if there is no membership share capital) / *Droit d'un membre (en l'absence d'un capital de parts de membre)*

13. Maximum Rate of Return on Membership Shares, Member Loans and/or Patronage Loans / *Taux de rendement maximal sur les parts de membre, les prêts de membre et les prêts de ristourne*

14. Investment Share Capital / *Capital de parts de placement*

15. Restrictions, if any, on the Issue, Transfer or Ownership of Shares / *Restrictions s'appliquant à l'émission, au transfert ou à la détention de parts*

16. Distribution of Property on Dissolution / *Distribution des biens à la dissolution*

17. Additional Provisions, if any / *Dispositions supplémentaires, s'il y a lieu*

18. The Amalgamation Agreement has Been Duly Approved in Accordance with Section 306 of The Cooperatives Act. /
La convention de fusion a été dûment approuvée conformément à l'article 306 de la Loi sur les coopératives.

19. Names of Amalgamating Cooperatives/Corporations /
Dénomination des coopératives ou des corporations fusionnantes

Name in full / <i>Nom complet</i>	Description of Office / <i>Description du poste</i>	Signature from an officer of each Cooperative / <i>Signature d'un dirigeant de chaque cooperative</i>	Date / <i>Date</i>

THE REGISTRAR WILL NOT ACCEPT THESE ARTICLES UNLESS A CERTIFIED COPY OF THE AMALGAMATION AGREEMENT AND THE STATUTORY DECLARATIONS REQUIRED BY SUBSECTION 308(2) ARE ATTACHED / le registraire n'acceptera pas les statuts absent une copie certifiée de la convention de fusion accompagnée des déclarations solennelles prévues au paragraphe 308(2).

Instructions: State the full residence address in paragraph 7 including street, number, city or municipality and postal code. P.O. Box number alone is not acceptable/ Articles of Amalgamation are to be executed in duplicate for delivery to the Registrar.

Directives : Donner l'adresse de résidence complète à la rubrique 7 incluant le numéro, la rue, la ville ou la municipalité et le code postal. Le numéro de case postale seul n'est pas suffisant/ Il faut soumettre les statuts de fusion 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* : _____