

APPLICATION FOR VAPOUR SHOP LICENCE

DEMANDE DE LICENCE POUR L'ENTREPRISE DE VAPOTAGE

DEPARTMENT OF HEALTH

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

I hereby make application for a licence to operate a Vapour Shop in accordance with Section 2.01 under the *Tobacco and Electronic Cigarette Sales Act*.

Je demande par la présente un permis d'exploitation d'une boutique de vapotage en vertu de l'article 2.1 de la *Loi sur les ventes de tabac et de cigarettes électroniques*.

**IMPORTANT:
A Vapour Shop Licence is NOT REQUIRED**

1. if your operation sells tobacco (If you sell tobacco an Application for a Retailer's Licence is required pursuant to the *Tobacco Tax Act*)
2. if more than 50% of the items for sale in your operation are NOT vapour products

*Please fill in all information requested to avoid a processing delay.

**IMPORTANT
Il n'est PAS NÉCESSAIRE d'obtenir un permis pour une boutique de vapotage**

1. Si vous vendez du tabac dans votre établissement (en vertu de la Loi de la taxe sur le tabac, il faut obtenir une licence de vendeur pour vendre du tabac).
2. Si plus de 50 % des articles en vente dans l'établissement NE sont PAS des produits de vapotage.

* Veuillez fournir tous les renseignements demandés afin d'éviter de retarder le traitement de votre demande.

Name of Vapour Shop (Store Front Name) / Nom de (nom affiché de l'entreprise de vapotage) :			
Name of Applicant and any authorized representative / Nom du demandeur et de l'agent ou du représentant autorisé :		An applicant must be at least 19 years of age/Le demandeur doit avoir au moins 19 ans	
Email/Courriel :		Applicant Date of Birth/Date de naissance du demandeur (YYYY-MM-DD/AAAA-MM-JJ) :	
Mailing Address of Vapour Shop/Adresse postale de l'entreprise de vapotage :		Telephone /Téléphone :	
		Fax (if available) /Fax (si disponible) :	
		Postal Code postal :	
Location of Vapour Shop (if different)/Adresse de l'entreprise (si elle diffère de l'adresse postal) :			
Types of Vapour Products to be sold or offered for sale (Check all that apply)/ Nature des produits de vapotage qui seront vendus ou offerts à la vente (cocher toutes les cases applicables)	<input type="checkbox"/> Disposable E-cigarettes or cigalikes/ Cigarettes électroniques jetables	<input type="checkbox"/> Tanks or mods/ Dispositifs de vapotage avec réservoir ou cigarettes électroniques modifiées	
	<input type="checkbox"/> E-cigarettes with prefilled or refillable cartridges/ Cigarettes électroniques avec cartouches préremplies ou remplissables	<input type="checkbox"/> Pod-mods/ Dispositifs de vapotage avec cartouche ou dosette	
	<input type="checkbox"/> E-liquid/ Liquides à vapoter	<input type="checkbox"/> Other/Autres	
From whom do you purchase vapour products/Qui sont vos fournisseurs de produits de vapotage?			
Intended dates and times of operation (check all that apply)/Dates et heures d'exploitation prévues (cocher toutes les cases applicables)	Months :		Indicate Hours of Operation/ Indiqué Heure d'ouverture :
	Days/Jours :		
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> MA/MAI <input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> SUN/DIM <input type="checkbox"/> THURS/JEU	
	<input type="checkbox"/> FE/FÉV <input type="checkbox"/> JUN <input type="checkbox"/> OC	<input type="checkbox"/> MON/LUN <input type="checkbox"/> FRI/VEN	
	<input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> JL <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> TUES/MAR <input type="checkbox"/> SAT/SAM	
	<input type="checkbox"/> APR/AVR <input type="checkbox"/> AU/AOÛ <input type="checkbox"/> DEC/DÉC	<input type="checkbox"/> WED/MER	
Organization or Individual to receive Annual Renewal Notice/ Organisation ou particulier recevant l'avis de renouvellement annuel :			
Please indicate preferred method to receive Annual Renewal Notice (Please check only one) / Veuillez indiquer par quel moyen vous préférez recevoir l'avis de renouvellement annuel (cochez une seule case) :			
<input type="checkbox"/> Mail/Par la poste			
<input type="checkbox"/> Email/ Par courriel			
Mailing/Emailing Contact Person /Personne-ressource pour la correspondance :			
Address to where Renewal Notice is to be mailed / Adresse où l'avis de renouvellement doit être envoyé :			Postal Code / Code postal :
Email Address to where Renewal Notice is to be emailed / Adresse électronique pour l'envoi de l'avis de renouvellement :			
Telephone / Téléphone :		Fax / Téléc. (if available / si disponible) :	
Correspondence / Correspondance : <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français			



I hereby declare that I will abide fully by the standards and requirements for responsible retail sales established in accordance with the *Tobacco and Electronic Cigarette Sales Act* and *New Brunswick Regulation 94-57*.

Je déclare par la présente que je respecterai entièrement les normes et les exigences d'une vente au détail responsable établies en conformité avec la *Loi sur les ventes de tabac et de cigarettes électroniques* et le *Règlement 94-57 du Nouveau-Brunswick*.

I hereby declare that I have sufficient training, knowledge and experience to operate the vapour shop in accordance with the *Act* and the regulations.

Je déclare par la présente que j'ai une formation, des connaissances et une expérience suffisante pour exploiter la boutique de vapotage en conformité à la Loi et à ses règlements.

I hereby declare that the employees have or will have sufficient training, knowledge and experience to operate the vapour shop in accordance with the *Act* and the regulations.

Je déclare par la présente que les employés ont ou auront une formation, des connaissances et une expérience suffisantes pour exploiter la boutique de vapotage en conformité avec à la Loi et à ses règlements.

Date _____ 20____ Signature of Applicant /
Signature du demandeur _____

FOR OFFICE USE ONLY / POUR UTILISATION DU BUREAU SEULEMENT			
NEW (INITIAL)	PLU	NOUVEAU (INITIALE)	PLU
Refer to SNB Procedure document for a list of ALL new(initial) application fees. * New (Initial) application fees are now prorated		Se référer au document de procédure de SNB pour une liste de TOUS les frais pour nouvelle demande (initiale). * Nouveaux frais de demande (initiale) sont désormais calculés au prorata.	
RENEWALS		RENOUVELLEMENTS	
For renewals, the "Renewal Notice" is required. Applicants who do not possess this document are to be referred to their local Health Protection Services office.		Pour les renouvellements, "l'Avis de renouvellement" est requis. Les demandeurs qui ne possèdent pas ce document doivent être référés au bureau local des Services de protection de la santé.	

Licence applications or renewal forms may be submitted, with the appropriate fee, by mailing to:

Service New Brunswick
140 Alison Blvd
P. O. Box 1998
Fredericton, NB
E3B 5G4

Payment can be made by cheque or money order to "Service New Brunswick"

Les demandes de permis ou les formulaires de renouvellement peuvent être soumis, avec les frais appropriés, par la poste à :

Service Nouveau-Brunswick
140, boulevard Alison
C. P. 1998
Fredericton (N.-B.)
E3B 5G4

Le paiement peut être effectué par chèque ou mandat au nom du « Service Nouveau-Brunswick »