**SECTION1 : IDENTIFICATION**

**1.1 TITULAIRE OU TITULAIRE RESPONSABLE**

Nom de l’entreprise No d’intervenant %

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |

Nom Prénom No d’intervenant %

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |

Adresse (numéro, rue ou route rurale) App. Ville, village ou municipalité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |

**Province Pays Code postal Ind. rég. Téléphone (domicile) Ind. rég. Téléphone (bureau)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |     |       |  |     |       |

**Ind. rég. Télécopieur Adresse de courrier électronique**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|     |       |  |       |

**1.2 REPRÉSENTANT DU TITULAIRE**

Nom de l’entreprise No d’intervenant

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

Nom Prénom No d’intervenant

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |

Adresse (numéro, rue ou route rurale) App. Ville, village ou municipalité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |

**Province Pays Code postal Ind. rég. Téléphone (domicile) Ind. rég. Téléphone (bureau)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |     |       |  |     |       |

**Ind. rég. Télécopieur Adresse de courrier électronique**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|     |       |  |       |

#### SECTION 2 : TERRAIN DÉLIMITÉ PAR LE MINISTRE ET CLAIMS DÉSIGNÉS SUR CARTE VISÉS PAR LA FUSION

# SECTION 2.2

# Numéros des claims désignés sur carte

# situés à l’intérieur de la cellule indiquée à la section 2.1

# SECTION 2.1

#  Adresse de la cellule visée

# S.N.R.C. Rangée Colonne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |
|       |      |      |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |

Combien de claims désignés sur carte voulez-vous fusionner?

*(Seuls les claims désignés sur carte obtenus sur des parties de cellules (30 secondes de latitude par 30 secondes de longitude) peuvent faire l’objet d’une demande de fusion.)*

*Note : Si l’espace n’est pas suffisant, imprimer une page supplémentaire*

*.*

#### SECTION 3: DÉCLARATION DU TITULAIRE RESPONSABLE DES CLAIMS OU DE SON REPRÉSENTANT

En tant que titulaire ou son représentant, vous êtes responsable de toutes les informations fournies dans ce formulaire.

*Cocher la case appropriée, inscrire votre nom en lettres moulées, dater et signer la déclaration*

Déclaration du titulaire du ou des droits miniers [ ]  ou son représentant [ ]

Nom du signataire Prénom du signataire No d’intervenant

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |

Je déclare que tous les renseignements fournis sur le formulaire et dans les documents annexés sont exacts et complets. Je reconnais être titulaire de ce ou

ces droits miniers ou le représentant dûment autorisé par le titulaire.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | X |

 DATE SIGNATURE

|  |  |
| --- | --- |
| Ce formulaire peut être retourné **par la poste** à l’adresse suivante :Ministère des Ressources naturelles et des ForêtsDirection des affaires minières et de la coordination5700, 4e Avenue Ouest, local C-320Québec (Québec) G1H 6R1 | **ou** à l’adresse de courriel suivante : services.mines@mern.gouv.qc.ca**ou** par télécopieur : 418-643-9297 |