



CANADIAN PRIVATE COPYING COLLECTIVE
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PERCEPTION DE LA COPIE PRIVÉE

150, ave Eglinton Est, Bureau 403 Toronto (Ontario) M4P 1E8
 Tél. 416 486 6832 • Sans frais 1 800 892 7235 • Télécopieur 416 486 3064

2004 Période de déclaration
 Cocher [✓]

[] 1er janvier - 29 février
 [] 1er mars - 30 avril
 [] 1er mai - 30 juin
 [] 1er juillet - 31 août
 [] 1er septembre - 31 octobre
 [] 1er novembre - 31 décembre

Taux zéro

[] **AUTORISÉ À VENDRE HORS REDEVANCE (À REMPLIR PAR LA SCPCP)**

[] Avez-vous remis votre rapport de fabricant/importateur?

[] Avez-vous remis votre rapport de distributeur spécial?

FABRICANT/IMPORTATEUR/DISTRIBUTEUR Prière d'apporter les corrections ou changements directement sur le présent formulaire.

Nom : _____

Propriétaire (s'il y a lieu) : _____

Autre nom commercial : _____

Juridiction de la constitution en société (s'il y a lieu) : _____

Principale adresse commerciale : _____

Personne-ressource : _____ Titre : _____ Courriel : _____

Tél. : _____ Poste _____ Téléc. : _____ Site Web : _____

Nom et adresse pour envoi d'avis (s'ils sont différents) : _____

VENTES DE SUPPORTS AUDIO VIERGES

SUPPORT	MARQUE	EXPORTATIONS	(1) UNITES ASSUJETTIES A LA REDEVANCE	(2) REDE- VANCE	SOMME À PAYER [1 x 2]
Cassettes audio (d'au moins 40 minutes)				0,29 \$	
CD-R 100 Mb ou plus				0,21 \$	
CD-RW 100 Mb ou plus				0,21 \$	
CD-R Audio				0,77 \$	
CD-RW Audio				0,77 \$	
Mini Disc				0,77 \$	
Total payable (paiements non assujettis aux taxes)					

* Aucune redevance n'est payable si le fabricant ou l'importateur d'un support audio vierge vend ou autrement aliène celui-ci à une société, association ou personne morale qui représente des personnes ayant une déficience perceptuelle.

**Les déclarations et paiements sont attendus au plus tard le dernier jour du mois suivant la fin de la période de déclaration. Des intérêts seront imposés sur les paiements en retard.

AU NOM DU FABRICANT/IMPORTATEUR/DISTRIBUTEUR, JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNES DANS CE RAPPORT SONT VRAIS ET EXACTS.

NOM : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____