Nous vous transmettons une demande de certification au programme mentionné ci-dessus de même que les renseignements de base nécessaires à la préparation d’une entente de service. Il est entendu que le BNQ traitera ces renseignements de façon confidentielle.

**Identification DE L’ENTREPRISE de services funéraires Modification à la portée d’une certification existante** **[ ]**

|  |  |
| --- | --- |
| *Raison sociale :* |       |
| *Adresse principale :* |       |
|  | *Ville :* |       | *Province :* |       | *Code postal :* |       |
| ***Principales personnes responsables :*** |
|  | *Nom* | *Fonction* | *Téléphone* | *Télécopieur* | *Courriel* |
| *Entente de service avec le BNQ* |       |       |        -      |        -      |       |
| *Responsabledes audits* |       |       |        -      |        -      |       |
| *Autre :*       |       |       |        -      |        -      |       |

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA CERTIFICATION**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre total d’employés :* |       |
| *Nombre total de succursales concernées par la certification* *:* |       |
| *Nombre de décès pris en chargepar année :* |       |
| ***Services offerts à la clientèle :*** | Par l’entreprise de services funéraires | Par un sous-traitant(veuillez spécifier) | Service non offert |
| Accueil et rencontre avec la clientèle | [ ]  |       | [ ]  |
| Organisation des funérailleset destination finale du défunt | [ ]  |       | [ ]  |
| Disponibilité de locaux | [ ]  |       | [ ]  |
| Transport du défunt, du cercueil, des membres de la famille et du personnel | [ ]  |       | [ ]  |
| Offre de produits et de services(salle d’échantillons de produits) | [ ]  |       | [ ]  |
| Soins du corps | [ ]  |       | [ ]  |
| Exposition et présentation du défunt ou de l’urne contenant les cendres | [ ]  |       | [ ]  |
| Soutien et suivi à la famille | [ ]  |       | [ ]  |
| Crémation | [ ]  |       | [ ]  |
| Services d’arrangements préalables | [ ]  |       | [ ]  |
| Location de cercueil | [ ]  |       | [ ]  |
| *Autres services ou particularitésà prendre en considération :*       | [ ]  |       | [ ]  |

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS aux succursales de services À LA Clientèle** (veuillez utiliser plus d’une page au besoin)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  |
|  | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      |
| *Locaux d’accueil et de rencontre avec la clientèle* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Salon de présentation du défunt, salle de célébration, salle de repos ou multifonctionnelle* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Locaux administratifs* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Installations techniques (pièce réfrigérée, salle de thanatopraxie, laboratoire)* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Salle d’échantillons de produits* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Cercueil de location* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Soins du corps du défunt, thanatopraxie, restauration* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Exposition et présentationdu défunt ou de l’urne* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Crématorium* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Columbarium* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Véhicules automobiles et matériel utilisé pour le transport* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Autre (veuillez préciser) :*       |       |       |       |       |       |

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS aux succursales de services À LA Clientèle** (veuillez utiliser plus d’une page au besoin)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  | *Nom commercial*     *Ajout* [ ] *Suppression* [ ] *Modification* [ ]  |
|  | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      | *Adresse de la succursale*     *Ville :*      *Code postal :*      *Personne responsable :**Même* [ ]  ou :      *Téléphone :*       *-*      |
| *Locaux d’accueil et de rencontre avec la clientèle* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Salon de présentation du défunt, salle de célébration, salle de repos ou multifonctionnelle* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Locaux administratifs* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Installations techniques (pièce réfrigérée, salle de thanatopraxie, laboratoire)* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Salle d’échantillons de produits* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Cercueil de location* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Soins du corps du défunt, thanatopraxie, restauration* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Exposition et présentation du défunt ou de l’urne* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Crématorium* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Columbarium* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Véhicules automobiles et matériel utilisé pour le transport* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *Autre (veuillez préciser) :*       |       |       |       |       |       |

**Renseignements supplémentaires**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Détenez-vous d’autres accréditations/certifications actuellement? (ISO/IEC 17025, ISO 9001, ISO 14001, etc.) | [ ]  Oui [ ] Non |
| Si oui, selon quelle(s) norme(s) |       |
| Quel est votre organisme d’accréditation/de certification? |       |
| Seriez-vous intéressé à être contacté par un représentant du BNQ pour analyser les différentes options d’accréditation/de certification? | [ ]  Oui [ ] Non |
| Avez-vous bénéficié de l’aide d’un consultant? (Nom et entreprise) : |       |
| Comment avez-vous entendu parler du BNQ? | [ ]  Site Web BNQ[ ]  Consultant[ ]  Réseaux sociaux (ex. : LinkedIn)[ ]  Publicité[ ]  Autre :       |

 |

Nous confirmons que, au meilleur de notre jugement, nous avons mis en place tous les éléments nécessaires pour répondre aux exigences contenues dans la norme BNQ 9700-699, dans le protocole de certification BNQ 9700-999 et le document *Exigences de certification BNQ 9700-699*. Nous sommes, dès à présent, en mesure de transmettre au BNQ la documentation nécessaire à l’analyse de notre dossier et de recevoir la visite de l’inspecteur. Joint à cette demande, le montant non remboursable selon le tableau ci-dessous couvrant les frais initiaux exigés à l’ouverture du dossier.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signature** : |  | **Date** : |       –    –    |

 Représentant(e) autorisé(e) de l'entreprise (année)–(mois)–(jour)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom**(en lettres moulées) : |       |
| *Veuillez transmettre la demande de certification remplie et signée par courriel, par télécopieur ou par la poste à l’adresse suivante :* | BUREAU DE NORMALISATION DU QUÉBEC333, rue FranquetQuébec (Québec) G1P 4C7Courrier électronique : Secretariat.Certification@bnq.qc.caSite Web : [www.bnq.qc.ca](http://www.bnq.qc.ca) Téléphone : 418 652-2238Télécopieur : 418 652-2292 |

**Tableau des frais initiaux (2024-2025)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Québec** | **Ontario** | **Nouveau-Brunswick** |
| Frais initiaux | 2 715,00 $ | 2 715,00 $ | 2 715,00 $ |
| TPS (5 %) | 135,75 $ | ----- | ----- |
| TVQ (9,975 %) | 270,82 $ | ----- | ----- |
| TVH (13 %) | ----- | 352,95 $ | ----- |
| TVH (15 %) | ----- | ----- | 407,25 $ |
| **TOTAL(1) :** | **3 121,57 $** | **3 067,95 $** | **3 122,25 $** |

1. *Si paiement par Carte de crédit, ne pas oublier de nous fournir le code de sécurité au dos de la carte*.