Registrar, Professional Licensing
Government of the Northwest Territories
Department of Health and Social Services
7th Floor, 5015 – 49 ST
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9
Phone: (867) 767-9067 Fax: (867) 873-0484
Email: Professional_Licensing@gov.nt.ca

REQUIREMENTS FOR REGISTERING A PROFESSIONAL CORPORATION NORTHWEST TERRITORIES

The following information is required when applying to register a Professional Corporation in the Corporate Register. The requirements are in accordance with the *Professional Corporations Act* and the Governing Body Rules for Health Professions designated under the Act.

1. A completed Registration and Permit Application for Health Professional Corporations.
2. Copy of Certificate of Incorporation OR Certificate of Registration as an ExtraTerritorial Corporation.
3. Copy of Articles of Incorporation.
4. Certificate of Compliance under the *NWT Business Corporations Act* from Corporate Registries with the Government of the NWT, Department of Justice.
5. Names and addresses of all Directors.
6. Names and addresses of all voting shareholders.
7. Names and addresses of all non-voting shareholders, including their relationship to the applicant.
8. Confirmation of adequate liability insurance for the corporation and its employees.
9. Permit Fee: $255 – for registration and permit, payable by cash, cheque, money order, Visa or MasterCard

Note: A professional corporation permit expires on the same date as the member's annual license.

Registraire de la réglementation professionnelle
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
5015, 49e Rue, 7e étage
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9
Téléphone : 867-767-9067 Télécopieur : 867-873-0484
Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca

EXIGENCES RELATIVES À L'ENREGISTREMENT D'UNE SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Vous devez fournir les renseignements suivants lorsque vous souhaitez inscrire une société professionnelle au Registre des sociétés. Les exigences sont conformes à la *Loi sur les sociétés professionnelles* et à la *Réglementation des professions de la santé* visées par la Loi.

1. Un formulaire de demande d'enregistrement et de permis pour les sociétés professionnelles de la santé.
2. Une copie du certificat de constitution ou un certificat d'enregistrement de société extraterritoriale.
3. Une copie des statuts constitutifs.
4. Certificat de conformité en vertu de la *Loi sur les sociétés par actions* des TNO délivré par le registre des sociétés (ministère de la Justice du gouvernement des TNO).
5. Les noms et adresses de tous les administrateurs.
6. Les noms et adresses de tous les actionnaires ayant droit de vote.
7. Les noms et adresses de tous les actionnaires sans droit de vote, en précisant leur lien avec le demandeur.
8. Une confirmation d'une assurance responsabilité appropriée pour la société et ses employés.
9. Les droits à régler : 255 $ pour l'enregistrement et le permis (les modes de paiement suivants sont acceptés : argent comptant, chèque, mandat-poste, Visa ou MasterCard).

Note : Le permis d'une société professionnelle expire à la même date que le permis annuel du membre.

Government of Northwest Territories | Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

REGISTRATION AND PERMIT APPLICATION HEALTH PROFESSIONAL CORPORATIONS NORTHWEST TERRITORIES

DEMANDE D'ENREGISTREMENT ET DE PERMIS SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ TERRITOIRES DU NORD-OUEST

The applicant / Le demandeur, _____, a professional corporation / une société professionnelle,
(name of professional corporation / nom de la société professionnelle)

registered as / inscrite à titre de : ☐ a corporation in the Northwest Territories / société aux TNO; or / ou

☐ an extra-territorial corporation / société extraterritoriale

Mailing Address / Adresse postale : _____

Street Address / Adresse municipale : _____

Phone / N° de téléphone : _____ Fax / Télécopieur : _____ E-mail / Courriel : _____

I / Je, _____, a Director of the professional corporation, **certify that** / administrateur de la société professionnelle, **certifie que** :

(a) the corporation / la société

☐ is in good standing with the Registrar of Corporations under the *Business Corporations Act* / est en règle au regard du Registre des sociétés en vertu de la *Loi sur les sociétés par actions*;

☐ meets the requirements of the Governing Body Rules for Health Professions / répond aux exigences de la *Réglementation des professions de la santé*;

☐ carries adequate professional liability insurance for each of its employees to carry on the business of the corporation / est munie d'une assurance responsabilité appropriée pour la société et ses employés;

☐ is not prevented by its Articles of Incorporation or by the *Business Corporations Act* from providing the professional services that the members are licensed to provide and perform, which is the practice of / n'est pas soumise, de par ses statuts constitutifs ou la *Loi sur les sociétés professionnelles*, à une interdiction de fournir les services professionnels pour lesquels ses membres détiennent une licence

_____;

☐ intends to practice in the following communities/locations in the Northwest Territories (if different from Street Address above) / prévoit exercer dans les collectivités ou lieux des Territoires du Nord-Ouest suivants (si différents de l'adresse municipale ci-dessus) :

_____.

(b) the Directors of the corporation, each of whom is licensed in the NWT, are / les administrateurs de la société, tous titulaires d'un permis aux TNO, sont les suivants :

NAME / NOM	ADDRESS / ADRESSE

I confirm that / Je confirme que :

☐ all voting shares are owned by members who are licensed in the NWT / toutes les actions ayant droit de vote sont détenues par des membres titulaires d'un permis aux TNO; **AND / ET**

☐ all non-voting shares, if any, are owned by licensed members OR a member's spouse, children, grandchildren or parents. / toutes les actions sans droit de vote, s'il y a lieu, sont détenues par des membres titulaires d'un permis **OU** le conjoint, un enfant, un petit-enfant ou le parent d'un membre.

Voting Shareholders, other than Directors above , are / Voici la liste des actionnaires votants, à l'exception des administrateurs :
PLEASE PRINT / EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

NAME / NOM	ADDRESS / ADRESSE

Attach separate listing if required / Veuillez joindre des feuilles supplémentaires au besoin.

Non-voting Shareholders, if any, are / Voici la liste des actionnaires non votants, s'il y a lieu :

NAME / NOM	ADDRESS / ADRESSE	RELATIONSHIP TO MEMBER (if applicable) / LIEN AVEC LE MEMBRE (s'il y a lieu)

Attached to this application are /Les documents suivants accompagnent ma demande :

(a) a copy of Certificate of Incorporation or Certificate of Registration as an Extra-Territorial Corporation under the *Business Corporations Act*; / une copie du certificat de constitution ou du certificat d'enregistrement de société extraterritoriale en vertu de la *Loi sur les sociétés par actions*;

(b) permit fee of $255 (cheque or money order payable to the G.N.W.T. or completed credit card information below. / les droits de permis de 255 $ (libellez votre chèque ou mandat-poste à l'ordre du GTNO, ou remplissez la section relative aux cartes de crédit ci-après).

Declaration / Déclaration

I authorize the Dental Registration Committee to investigate and obtain from any person or persons, such information as may be required in relation to this application. **I certify** that the statements made by me in this application are true and complete. **I am aware** that misrepresentation or falsification may result in rejection of my application or withdrawal of registration. / **J'autorise** le comité d'inscription en médecine dentaire à faire enquête et à obtenir, auprès d'une ou de plusieurs personnes, les renseignements pouvant être nécessaires au traitement de cette demande. **J'atteste** que les déclarations que j'ai faites dans cette demande sont véridiques et complètes. **Je reconnais** que toute déclaration fausse ou trompeuse pourrait entraîner le rejet de ma demande ou l'annulation de mon inscription.

Dated at the City of / Signé à (ville) _____

in the territory/province of / dans la province ou le territoire suivant _____

this / le _____ day of / jour de _____, 20___.

_____ _____

Profesional Corporation Name
Nom de la société professionnelle

Director's Signature
Signature de l'administrateur

_____

Director's Name (print)
Nom de l'administrateur (en caractères d'imprimerie)

When complete, forward with all required attachments, to: /
Après avoir dûment rempli le formulaire, veuillez l'envoyer avec les documents demandés au :

Registrar, Professional Licensing
Government of the Northwest Territories
Department of Health and Social Services
7th Floor, 5015 – 49 ST
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9
Phone: (867) 767-9067 Fax: (867) 873-0484
Professional_Licensing@gov.nt.ca

Registraire de la réglementation professionnelle
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
5015, 49e Rue, 7e étage
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9
Téléphone : 867-767-9067 Télécopieur : 867-873-0484
Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca

If paying your fees by credit card, complete the following: / Si vous souhaitez régler vos droits par carte de crédit, remplissez les champs suivants :

Name on Card: / Nom figurant sur la carte de crédit :
_____

Card Number: / Numéro de la carte :
_____

Card Expiry Date: / Date d'expiration :
_____

Security Code: / Code de sécurité :
_____

Amount: / Montant :
_____

Authorized Signature: / Signature autorisée :
_____

This personal information is being collected under the authority of the Professional Corporations Act of the NWT and will be used to process the Application for Professional Corporation Permit. The information is protected by the privacy provisions of the Access to Information and Protection of Privacy Act of the NWT. If you have any questions about the collection, contact the Registrar's Office at the above address. / Les renseignements personnels fournis dans le présent document sont recueillis en vertu de la *Loi sur les sociétés professionnelles* des TNO et serviront à traiter votre demande. Les données sont protégées par les dispositions relatives à la protection de la vie privée de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* des TNO. Si vous avez des questions au sujet des renseignements recueillis, communiquez avec le bureau du registraire.