



External Affairs  
Canada

Affaires extérieures  
Canada

APPLICATION FOR  
IMPORT PERMIT

DEMANDE DE  
LICENCE D'IMPORTATION

DO NOT USE SHADED AREAS  
NE PAS UTILISER LES ZONES OMBRAGÉES

|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Canadian Resident / Résident du Canada<br><input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non           |                       | Company File No. / N° de dossier de la société                                                                                                                                                                                                                                     | Date                                         | Permit No. / Licence n°                                                                                    |                                    |                               |
| Name of Importer / Nom de l'importateur                                                                                  |                       | Name and Address of Applicant / Nom et adresse du requérant                                                                                                                                                                                                                        |                                              | Officer Identification / Identification de l'agent                                                         |                                    |                               |
| Supplier Name and Address / Nom et adresse du fournisseur                                                                |                       | Send permit to / Envoyer licence à:<br><input type="checkbox"/> Company / Société<br><input type="checkbox"/> Applicant / Requérant                                                                                                                                                |                                              | Language / Langue<br><input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français |                                    |                               |
| Country of Origin / Pays d'origine                                                                                       |                       | Import                                                                                                                                                                                                                                                                             | Submitting Outpost / Sous-station            |                                                                                                            |                                    |                               |
| Canadian Port of Entry / Port d'entrée canadien                                                                          |                       | Destination                                                                                                                                                                                                                                                                        | Effective Date / Date en vigueur             |                                                                                                            |                                    |                               |
| Date of shipment / Date d'envoi<br>D-J M Y-A                                                                             |                       | Date of entry / Date d'entrée<br>D-J M Y-A                                                                                                                                                                                                                                         | Expiry Date / Date d'expiration<br>D-J M Y-A |                                                                                                            |                                    |                               |
| Documentation attached / Documentation ci-jointe<br><input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non |                       | Manually issued / Délivrée à la main<br><input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non                                                                                                                                                                       |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       | Permit to be / Licence devra être<br><input type="checkbox"/> Mailed / Postée <input type="checkbox"/> Held for pick-up / Retenue pour collecte <input type="checkbox"/> By courier collect / Par messagerie collectée <input type="checkbox"/> Other (specify) / Autre (préciser) |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
| Agree't No. / N° d'acc.                                                                                                  | OSTR Code / Code OSTR | Description                                                                                                                                                                                                                                                                        | Permit Quantity / Quantité de lic.           | Unit / Unité                                                                                               | Value (\$ Can.) / Valeur (\$ can.) | Doc. Quantity / Quantité doc. |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
|                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |
| Permit to be issued at / Licence sera délivrée                                                                           |                       | Document No. / N° de documentation                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              | Document Date / Date du documentation                                                                      |                                    |                               |
| Other Terms and Conditions / Autres stipulations et conditions                                                           |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                            |                                    |                               |