

**COMPANIES OFFICE
FILING REQUEST /
OFFICE DES COMPAGNIES
DEMANDE DE DÉPÔT**



OF / DE

Entity Name / Nom de l'entité _____		
Registry Number / Numéro d'inscription _____ and/or Business Number / et/ou numéro d'entreprise _____		
A Return Address / Adresse de retour _____ _____ _____	Contact Person / Personne-contact _____ Telephone No. / N° de téléphone _____ Client Reference Number / Numéro de référence client : _____	
B Name Reservation Number, if applicable / Numéro de la réservation de nom, s'il y a lieu : _____	C EXPEDITED SERVICE REQUESTED (additional fees apply) / DEMANDE DE SERVICE ACCÉLÉRÉ (Des frais supplémentaires s'appliquent.) <input type="checkbox"/>	D Effective Date – is the date documents are received unless you specify a date up to 30 days in the future / Date d'entrée en vigueur - Date de réception des documents, à moins que vous ne spécifiez, une date pouvant aller jusqu'à 30 jours plus tard : _____ / _____ / _____ Day / Jour Month / Mois Year / Année Documents will be processed and released after this date / Les documents seront traités, puis délivrés après cette date.
E Confirm Mailing Address for Annual Return / Renewal: Note: If not completed, the registered office address will be recorded as the mailing address Confirmez l'adresse postale pour le rapport annuel et le renouvellement : Remarque : Si cette partie n'est pas remplie, nous utiliserons l'adresse du bureau enregistré comme adresse postale. <input type="checkbox"/> Same as Box A / Même adresse que dans la rubrique A _____ _____		F Provide an Email Address if you wish to receive Annual Return / Renewal notifications electronically / Veuillez fournir une adresse de courriel si vous souhaitez recevoir les avis de rapport annuel et de renouvellement par voie électronique : _____

Return Fee and Two Copies to: Companies Office 1010 – 405 Broadway, Winnipeg, MB. R3C 3L6

Veuillez envoyer les droits et deux copies du formulaire au bureau suivant : Office des compagnies, 405, Broadway, bureau 1010, Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6

OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION			
Type of Forms Being Filed / Type de formulaire utilisée: <input type="checkbox"/> Corporate / Société <input type="checkbox"/> Business / Entreprise <input type="checkbox"/> Cooperative / Coopérative		Initials / Initiales : _____	
Fees / Frais :	Payment Method OR Account Number / Mode de paiement OU numéro de compte :	Received On / Date de réception :	
_____	_____	_____	
Released Date (dd/mm/yyyy) / Date de délivrance (jj/mm/aaaa) :	Released By / Délivré par :	Pickup Date (dd/mm/yyyy) / Date de ramassage (jj/mm/aaaa) :	Signature (Pickup) / Signature (ramassage) :
_____	_____	_____	_____



CERTIFICATE / CERTIFICAT
ARTICLES EFFECTIVE /
LES STATUTS PRENNENT EFFET LE

DEPUTY REGISTRAR / REGISTRAIRE ADJOINT
The Cooperatives Act / Loi Sur Les Coopératives

1. Name of the Cooperative / *Dénomination de la coopérative*

2. The Cooperative has voluntarily resolved to dissolve pursuant to / *La coopérative a volontairement décidé de procéder à sa dissolution conformément*

(a) Subsection 313(3) of the Act in accordance with the Scheme of Arrangement
filed on the _____ day of _____ ,

(a) *au paragraphe 313(3) de la Loi selon le projet d'arrangement déposé le _____ ;*

(b) Subsection 340(1) of The Act /

(b) *au paragraphe 340(1) de la Loi;*

(c) Subsection 340(2) of The Act /

(c) *au paragraphe 340(2) de la Loi;*

(d) Section 341 of The Act /

(d) *à l'article 341 de la Loi.*

and has discharged all its obligations and now has no property and no liabilities. / *La coopérative s'est acquittée de toutes ses obligations et n'a aucun bien ni aucune dette.*

<p>3. Name of the person who shall keep the documents and records of the cooperative for six years from the date of dissolution / <i>Nom de la personne qui doit conserver les documents et les livres de la coopérative pendant une période de six ans suivant la date de dissolution</i></p>	<p>Address (P.O. Box number alone is not sufficient) / <i>Adresse (Le numéro de case postale seul n'est pas suffisant.)</i></p>	
<p>4. Date / <i>Date</i></p>	<p>Signature / <i>Signature</i></p>	<p>Description of office / <i>Description du poste</i></p>

Instructions:

State the full address in paragraph 3 including street, number, city, municipality and postal code. P.O. Box number alone is not acceptable. The Articles of Dissolution must be accompanied by a certified copy of the members' & investment shareholders (if any) resolution if under subsection 340(1) or the members'/shareholders' resolution if under subsections 340(2) or 341. Articles of Dissolution are to be executed in duplicate for delivery to the Registrar.

Directives:

Donner l'adresse complète à la rubrique 3 en incluant le numéro, la rue, la ville ou la municipalité et le code postal. Le numéro de case postale seul n'est pas suffisant. Les statuts de dissolution doivent être accompagnés d'une copie certifiée conforme de la résolution adoptée par les membres ou les détenteurs de parts de placement si la dissolution se fait aux termes du paragraphe 340(1) ou de la résolution adoptée par les membres ou les détenteurs de parts de placement si elle se fait en vertu du paragraphe 340(2) ou 341. Il faut soumettre les statuts de dissolution en double au registraire, en signant les deux copies.

OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Cooperative Number / *Numéro cooperative* : _____

Business Number / *Numéro d'entreprise* : _____