

ONTARIO
COUR DES FAILLITES DE LA COUR SUPÉRIEURE DE JUSTICE
FORMULAIRE DE DEMANDE DE DATE D'AUDITION

DANS L'AFFAIRE DE

Dans _____, **Ontario**

- A. La durée estimative de l'audition de la présente affaire est _____ min. _____ heures _____ jour(s)
- B. Rôle ordinaire (jusqu'à 1 heure) Audience spéciale (1 heure à 1 jour) Affaire prolongée (plus d'un jour)

Veillez remplir le formulaire de mise au rôle pour une audience spéciale pour toute demande d'une durée d'une heure ou plus et la remettre avec le présent formulaire de demande d'audition.

C. Nature de l'audience dans la présente affaire :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libération du failli | <input type="checkbox"/> Motion en _____ |
| <input type="checkbox"/> Approbation de la proposition par le tribunal | <input type="checkbox"/> Syndic s'oppose à la libération du failli |
| <input type="checkbox"/> Libération du syndic | <input type="checkbox"/> Créancier s'oppose à la libération du failli |
| <input type="checkbox"/> Appel du rejet des preuves de réclamation par le syndic | <input type="checkbox"/> Motion en modification de l'ordonnance de libération du failli |

D. Affaire contestée sur consentement non contestée

E. Indiquez la ou les date(s) et heure(s) demandée(s) pour l'audition de l'affaire qui a ou ont été convenue(s) avec l'autre avocat ou syndic _____

F. Précisez quand la présente affaire a été traitée et le nom du juge/registraire :

G. Les mesures suivantes seront nécessaires pour l'audition de l'affaire : Exigences pour l'audience :

Sécurité Oui Non Sténographe Oui Non

Date du dépôt : _____

Requérant/auteur de la demande : _____

Autre partie : _____

Partie : _____

Partie : _____

Avocat ou syndic qui comparaît : _____

Avocat ou syndic intimé : _____

en lettres moulées et signer ou parapher

en lettres moulées et signer ou parapher

Adresse : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Courriel : _____

(S'il y a plus de 2 parties, ajouter les signatures et coordonnées additionnelles au verso ou sur une page supplémentaire.)

Remettre au : Bureau de la Cour des faillites
 330, avenue University, 9^e étage, Toronto (Ontario) M5G 1R7
De préférence – par courriel :
Toronto.Bankruptcy@ontario.ca
 Télécopieur : 416 327-6228 Téléphone : 416 327-5044

À l'usage du Bureau de la Cour
 des faillites :
 Date fixée :
 Remettre les documents avant le :

Autre partie : _____ Autre partie : _____

Partie : _____ Partie : _____
 Avocat ou Avocat ou
 syndic syndic
 intime : _____ intime : _____
 en lettres moulées et signer ou parapher en lettres moulées et signer ou parapher

Adresse : _____ Adresse : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Télécopieur : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____ Courriel : _____