

AFFIDAVIT OF CORPORATE EXECUTION

(Certificate of Discharge)

(Construction Remedies Act, S.N.B. 2020, c.29, ss.68, 69)

Name and address of Deponent: _____

Office Held by Deponent: _____

Corporation: _____

Place of Execution: _____

Date of Execution (of the Certificate of Discharge): _____

I, _____, the Deponent, make oath *(or solemn affirmation)* and say:

1. I hold the office specified above in the corporation specified above, and am authorized to make this affidavit and have personal knowledge of the matters deposed to;

2. The attached Certificate of Discharge was executed by me as the officer duly authorized to execute the Certificate of Discharge on behalf of the corporation;

(DELETE INAPPLICABLE CLAUSE)

3. The seal of the corporation was affixed to the Certificate of Discharge by order of the Board of Directors of the corporation; and

OR

3. The corporation has no seal; and

4. The Certificate of Discharge was executed at the place and on the date specified above.

AFFIDAVIT DE PASSATION D'ACTE**PAR UNE CORPORATION**

(Certificat de radiation)

(Loi sur les recours dans le secteur de la construction, L.N.-B. 2020, ch. 29, art. 68, 69)

Nom et adresse du déposant : _____

Poste occupé par le déposant : _____

Corporation : _____

Lieu de la signature : _____

Date de la signature du certificat de radiation : _____

Moi, _____, le déposant, je prête serment et déclare *(ou j'affirme solennellement)* que :

1. J'occupe le poste indiqué ci-dessus au sein de la corporation susmentionnée, je suis autorisé à souscrire le présent affidavit et j'ai connaissance personnelle des faits sur lesquels portent ma déposition.

2. J'ai signé le certificat de radiation ci-joint comme dirigeant dûment autorisé à le signer au nom de la corporation.

(RAYER LA MENTION INUTILE)

3. Le sceau de la corporation a été apposé au certificat de radiation sur ordre du conseil d'administration de la corporation.

OU

3. La corporation n'a pas de sceau.

4. Le certificat de radiation a été signé au lieu et à la date indiqués ci-dessus.

SWORN TO (*or* SOLEMNLY AFFIRMED))
at _____, in the)
Province of _____ on the)
_____ day of _____, 20____)
BEFORE ME:)
)
)
)
)
)
)
)
_____)
Commissioner of Oaths (*or Notary Public*),)
etc.)

FAIT SOUS SERMENT)
(*ou* PAR AFFIRMATION SOLENNELLE))
DEVANT MOI :)
à _____, dans la)
province de _____,)
le _____ 20____)
)
)
)
)
_____)
Commissaire aux serments (*ou notaire*),)
etc.)