

EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE EN SOCIÉTÉ DÉSIGNATION – RÉVOCATION DU MANDAT REPRÉSENTANT/MANDATAIRE



Désignation d'un représentant/mandataire

Révocation d'un représentant/mandataire

IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA SOCIÉTÉ	NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ)
-------------------	-------------------------------------

IDENTIFICATION DU MANDANT (dentiste qui désigne ou révoque un représentant/mandataire)

NOM ET PRÉNOM	NUMÉRO DE PERMIS
---------------	------------------

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT/MANDATAIRE (personne désignée par le dentiste)

NOM ET PRÉNOM

Titre du représentant/mandataire Avocat Notaire Fiscaliste Comptable Autre (précisez) :

Nom de l'organisation où exerce le représentant/mandataire
--

Adresse	Téléphone
---------	-----------

Adresse de courrier électronique du représentant /mandataire (obligatoire)
--

Effets conférés par la présente désignation

- Je, soussigné, mandant, autorise le représentant/mandataire désigné pour agir en mon nom et répondre à mes obligations en vertu du Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (le Règlement).
- J'autorise l'Ordre à lui communiquer toute information relativement au dossier de ma société.
- J'autorise l'Ordre à lui donner tous les accès nécessaires à la réalisation de son mandat.
- J'autorise mon représentant/mandataire à fournir tout document et tout renseignement requis par l'Ordre.
- Je comprends que la présente désignation ou révocation ne sera en vigueur qu'une fois reçue par l'Ordre.
- Au cas de défaut du représentant/mandataire, je demeure responsable de l'exactitude des renseignements et documents fournis à l'Ordre et de mes obligations en vertu du Règlement.
- J'atteste être dûment informé que le mandat de mon représentant/mandataire demeurera valide jusqu'à la réception par l'Ordre d'une demande de révocation dûment remplie et signée.

X	À	LE
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT/MANDATAIRE	VILLE	JJ / MM / AA

X	À	LE
SIGNATURE DU MANDANT	VILLE	JJ / MM / AA

Pour être valide, ce formulaire dûment rempli et signé doit être envoyé à l'attention de la personne responsable de l'exercice de la profession en société de l'Ordre des dentistes du Québec, à l'adresse societe@odq.qc.ca.