

EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE EN SOCIÉTÉ

DÉCLARATION MODIFICATIVE OU DÉCLARATION ANNUELLE AVEC MODIFICATIONS



DIRECTIVES

L'article 187.11 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) prévoit que le membre peut exercer ses activités professionnelles en société s'il fournit à l'Ordre des dentistes du Québec une déclaration à cet effet, conformément aux exigences prescrites au Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (ci-après appelé « Règlement »). L'article 4 du Règlement requiert que cette déclaration soit fournie à l'Ordre des dentistes du Québec (« l'Ordre ») **préalablement à l'exercice en société.**

L'article 6, quant à lui, prévoit qu'elle soit mise à jour **avant le 31 mars de chaque année.** De plus, dès qu'une modification intervient dans les informations décrites dans cette déclaration et les mises à jour subséquentes, l'Ordre doit en être informé dans les meilleurs délais par le dépôt du formulaire approprié. Enfin, toutes les conditions prévues au Règlement ainsi que celles contenues au chapitre VI.3 du Code des professions doivent être satisfaites en tout temps par le membre et la société.

À défaut de produire la documentation requise par la situation qui vous concerne, l'article 1 du Règlement stipule que :
« Le membre **cesse d'être autorisé** à exercer ses activités professionnelles au sein d'une société s'il ne respecte plus les conditions prévues au présent règlement ou au chapitre VI.3 du Code des professions. »

DOCUMENTS

Lorsqu'il s'agit d'une **Déclaration modificative** ou d'une **Déclaration annuelle avec modifications**, ne remplissez que la section d'identification et les sections pour lesquelles des informations ont changé, le cas échéant. Dans tous les cas, veuillez faire une déclaration assermentée.

DÉCLARATION MODIFICATIVE ou DÉCLARATION ANNUELLE AVEC MODIFICATIONS

- ✓ Joindre une copie certifiée de toute déclaration modificative déposée au Registraire des entreprises du Québec (REQ) qui atteste des changements apportés.
- ✓ Le cas échéant, si la société est **constituée au Québec**, joindre une copie du certificat de fusion délivré par le REQ.
- ✓ Le cas échéant, si la société **n'est pas constituée au Québec**, joindre une copie de la déclaration produite auprès du REQ pour déclarer la fusion simplifiée et une copie du certificat de fusion délivré par Innovation, Sciences et Développement économique Canada (Corporations Canada).
- ✓ Le cas échéant, joindre une copie du certificat de modification du nom délivré par le REQ ou de la déclaration déposée au REQ qui atteste du changement de nom, accompagnée du certificat de modification du nom délivré par Corporations Canada.
- ✓ S'il y a lieu, joindre un original du formulaire **Convention entre un dentiste cédant ses dossiers et le cessionnaire des dossiers.**

(VOIR LE WWW.ODQ.QC.CA, DANS LA SECTION « MEMBRES – RÉFÉRENCES ET FORMULAIRES », SOUS LA RUBRIQUE FORMULAIRES)

NOTE

Les copies de documents provenant du REQ, de Corporations Canada ou de toute autre autorité compétente mentionnés plus haut peuvent être certifiées conformes par l'autorité elle-même, un avocat ou un notaire seulement.

FRAIS : voir le tableau Frais et pénalités au www.odq.qc.ca, dans la section « Études et demandes de permis – Exercice en société »

Déclaration modificative

(LORSQUE REQUIS, JOINDRE VOTRE CHÈQUE
POUR LES FRAIS ADMINISTRATIFS)

Déclaration annuelle avec modifications au 31 mars 20.....

(JOINDRE VOTRE CHÈQUE POUR LES FRAIS ADMINISTRATIFS)

FRAIS : voir le tableau Frais et pénalités

1. Veuillez remplir **seulement** les sections où des changements sont intervenus et retourner à l'Ordre **toutes** les pages de cette déclaration.
2. Vous devez aviser l'Ordre immédiatement lorsque des changements sont intervenus quant à la détention des actions (article 6 du Règlement).
3. Toute erreur ou omission pourrait occasionner un délai dans le traitement de la demande ou de l'inscription des informations au registre des sociétés de l'Ordre.

SECTION 1 Information sur la société

1. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ (CHAMP OBLIGATOIRE)

NOM DE
LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO D'ENTREPRISE
DU QUÉBEC (NEQ)

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL DE LA SOCIÉTÉ (À REMPLIR SI CHANGEMENT SEULEMENT)

N°

RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE
POSTAL

PAYS

2. AUTRES NOMS UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ ET DÉCLARÉS AU REQ

NOTE

Dans tous les cas, les noms doivent également avoir été inscrits au REQ.

AUTRE NOM

ajout retrait

AUTRE NOM

ajout retrait

AUTRE NOM

ajout retrait

AUTRE NOM

ajout retrait

AUTRE NOM

ajout retrait

AUTRE NOM

ajout retrait

À L'USAGE DE L'ORDRE SEULEMENT

DATE DE RÉCEPTION
DES DOCUMENTS

JJ / MM / AA

INITIALES

.....

3. MEMBRE RÉPONDANT/RÉPONDANT SUBSTITUT (article 7 du Règlement)

1. Le répondant/répondant substitut **DOIT** exercer ses activités professionnelles au Québec, au sein de la société et à l'établissement pour lequel il agit à ce titre.
2. Lorsque, pour un établissement de la société, **AUCUN** actionnaire/associé n'y exerce ses activités professionnelles, un membre de l'Ordre **DEVRA** néanmoins être désigné pour agir à ce titre pour chacun des établissements concernés (p. ex. : travailleur autonome, employé).
3. Le(s) répondant(s) **DOIT/DOIVENT** signer la **Convention d'acceptation du répondant** ci-dessous.
4. Lorsqu'un répondant **CESSE** d'être la personne **désignée** pour agir à ce titre, il **DOIT** s'assurer qu'un nouveau répondant est **désigné** et transmettre à l'Ordre une nouvelle **Convention d'acceptation du répondant**.

N.B. Un **répondant substitut** par établissement doit être désigné **uniquement** si plus d'un membre de l'Ordre exerce ses activités professionnelles au sein de la société.

CONVENTION D'ACCEPTATION DU RÉPONDANT

NOTE

L'adresse de correspondance choisie par le répondant/répondant substitut lors de son inscription annuelle sera utilisée par l'Ordre pour toute correspondance avec la société, si nécessaire.

NOM DU MEMBRE RÉPONDANT (CHAMP OBLIGATOIRE)	NUMÉRO DE PERMIS
---	------------------

AUCUN changement MODIFICATION

Exercez-vous la profession au sein de la société? OUI NON

Une **Convention d'acceptation du répondant** doit être signée par chaque répondant pour chaque établissement de la société.

NOM DU MEMBRE RÉPONDANT SUBSTITUT (LE CAS ÉCHÉANT)	NUMÉRO DE PERMIS
--	------------------

AUCUN changement MODIFICATION

Exercez-vous la profession au sein de la société? OUI NON

- ✓ J'atteste que je suis membre de l'Ordre et que j'ai été désigné pour agir pour l'ensemble des membres exerçant au sein de la société afin de remplir les conditions prévues aux articles 6 et 8.
- ✓ J'atteste avoir accepté mon mandat en m'assurant de l'exactitude de tous les renseignements qui seront fournis à l'Ordre et j'accepte de répondre à toute demande formulée par le syndic, un inspecteur, un enquêteur ou tout autre représentant de l'Ordre.
- ✓ De plus, je donne droit aux personnes, comités, instances disciplinaires et tribunaux visés à l'article 193 du Code des professions d'exiger de tout associé ou actionnaire la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 13 du Règlement ou d'une copie d'un tel document.
- ✓ J'atteste être dûment informé de mon obligation de transmettre, immédiatement, le formulaire prévu à cet effet, advenant que je démissionne de mon mandat de répondant.

X	À	LE
SIGNATURE DU RÉPONDANT SORTANT	VILLE	JJ / MM / AA

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

4. NOM ET ADRESSE DES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

1. Pour chaque établissement, veuillez identifier le répondant/répondant substitut, le(s) actionnaire(s)/associé(s) ainsi que les employés/travailleurs autonomes, membres de l'Ordre, qui y exercent.
2. Pour chaque membre de l'Ordre identifié à un établissement de cette section, veuillez également énumérer le(s) statut(s) qui le concerne(nt) en vous référant à la légende ci-dessous.

LÉGENDE DES STATUTS

A : Actionnaire/associé **R** : Répondant **RS** : Répondant substitut **T** : Travailleur autonome membre de l'Ordre
AD : Administrateur **D** : Dirigeant **G** : Exerce une fonction de gestion **E** : Employé membre de l'Ordre
 (p. ex. : **A/R** = actionnaire et répondant ou **T/R** = travailleur autonome et répondant)

ÉTABLISSEMENT 1 ajout/établissement retrait/établissement modification/établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MEMBRE DE L'ORDRE NOM, PRÉNOM	NUMÉRO DE PERMIS	STATUT(S)
N° RUE			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification
MUNICIPALITÉ/VILLE PROVINCE/ÉTAT			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification
CODE POSTAL PAYS			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification

ÉTABLISSEMENT 2 ajout/établissement retrait/établissement modification/établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MEMBRE DE L'ORDRE NOM, PRÉNOM	NUMÉRO DE PERMIS	STATUT(S)
N° RUE			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification
MUNICIPALITÉ/VILLE PROVINCE/ÉTAT			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification
CODE POSTAL PAYS			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification

ÉTABLISSEMENT 3 ajout/établissement retrait/établissement modification/établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MEMBRE DE L'ORDRE NOM, PRÉNOM	NUMÉRO DE PERMIS	STATUT(S)
N° RUE			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification
MUNICIPALITÉ/VILLE PROVINCE/ÉTAT			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification
CODE POSTAL PAYS			<input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification

NOTE

Les adresses déclarées à cette section seront **uniquement** inscrites au registre des sociétés de l'Ordre. Considérant votre obligation d'informer l'Ordre de tous vos lieux d'exercice, toute modification **doit** être signalée, **sans délai**, à tableau@odq.qc.ca.

5. NOMBRE D'ADMINISTRATEURS (CHAMP OBLIGATOIRE)

NOTE

Seuls les membres de l'Ordre peuvent être nommés pour exercer des fonctions de gestion au sein de la société, y compris, le cas échéant, la fonction d'administrateur, d'officier ou de dirigeant.

Nombre d'administrateurs siégeant au conseil d'administration de la société par actions ou au conseil de gestion interne de la société en nom collectif à responsabilité limitée :

6. NOMBRE ET RÉPARTITION DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES AVEC DROIT DE VOTE DE LA SOCIÉTÉ (CHAMP OBLIGATOIRE)

N.B. À REMPLIR DÈS QU'UN CHANGEMENT SURVIENT AUX PAGES 6 OU 7 DU PRÉSENT FORMULAIRE

1. Spécifiez le nombre d'actions ou parts sociales **avec droit de vote** détenues par des membres de l'Ordre seulement : %
2. Spécifiez le nombre d'actions ou parts sociales **avec droit de vote** détenues par des fiduciaires ou par toute autre entreprise : %
3. Nombre **TOTAL** d'actions ou de parts sociales **avec droit de vote** émises par la société : **TOTAL =** %

7. NOMBRE ET RÉPARTITION DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES SANS DROIT DE VOTE DE LA SOCIÉTÉ (CHAMP OBLIGATOIRE)

N.B. À REMPLIR DÈS QU'UN CHANGEMENT SURVIENT AUX PAGES 8 OU 9 DU PRÉSENT FORMULAIRE

1. Spécifiez le nombre d'actions **sans droit de vote** détenues par des membres de l'Ordre et/ou par un conjoint et/ou par un membre de la famille : %
2. Spécifiez le nombre d'actions **sans droit de vote** détenues par des fiduciaires ou par toute autre entreprise : %
3. Nombre **TOTAL** d'actions **sans droit de vote** émises par la société : **TOTAL =** %

SECTION 2

Information sur les membres détenant des actions ou parts sociales **AVEC DROIT DE VOTE** dans la société (article 3 [1^o] et article 9 du Règlement)

1. ajout
 retrait
 modification

NUMÉRO DE PERMIS

Nombre d'actions ou de parts sociales avec droit de vote : %

DATE D'EFFET JJ / MM / AA

DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DU MEMBRE

PRÉNOM

J'atteste et confirme qu'en date des présentes, cette personne souscrit au Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec (FARPODQ) et ne fait l'objet d'aucune exemption. Je m'engage à aviser immédiatement l'Ordre par écrit si le maintien de cette souscription devait être interrompu pour quelque raison que ce soit.

OU

J'atteste et confirme qu'en date des présentes, cette personne est inscrite au tableau de l'ODQ à la classe « membre retraité » ou « exempté d'assurance-responsabilité du FARPODQ ».

Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société? Oui Non

ADRESSE DE PRATIQUE PRINCIPALE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

Actionnaire Associé Dirigeant Administrateur Employé Exerce une fonction de gestion

2. ajout
 retrait
 modification

NUMÉRO DE PERMIS

Nombre d'actions ou de parts sociales avec droit de vote : %

DATE D'EFFET JJ / MM / AA

DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DU MEMBRE

PRÉNOM

J'atteste et confirme qu'en date des présentes, cette personne souscrit au Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec (FARPODQ) et ne fait l'objet d'aucune exemption. Je m'engage à aviser immédiatement l'Ordre par écrit si le maintien de cette souscription devait être interrompu pour quelque raison que ce soit.

OU

J'atteste et confirme qu'en date des présentes, cette personne est inscrite au tableau de l'ODQ à la classe « membre retraité » ou « exempté d'assurance-responsabilité du FARPODQ ».

Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société? Oui Non

ADRESSE DE PRATIQUE PRINCIPALE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

Actionnaire Associé Dirigeant Administrateur Employé Exerce une fonction de gestion

Veuillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

SECTION 3

Information sur les personnes morales, les fiducies et les autres entreprises détenant des actions ou des parts sociales AVEC DROIT DE VOTE dans la société

[article 3 [1°] [b] et article 9 du Règlement]

1. IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE

ajout personne morale Nombre d'actions
 ajout fiducie ou de parts sociales
 modification autre entreprise avec droit de vote : % **DATE D'EFFET** JJ / MM / AA **DATE DE FIN** JJ / MM / AA

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ) (LE CAS ÉCHÉANT)

SIÈGE SOCIAL
 N° RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ DU OU DES DÉTENTEURS D' ACTIONS DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE (COCHER LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

LORSQUE LA SITUATION S'APPLIQUE, VEUILLEZ INDIQUER LE NOMBRE DE FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE :

Permis ODQ	ASSOCIÉ	ACTIONNAIRE	FIDUCIAIRE	ADMINISTRATEUR	DIRIGEANT	EMPLOYÉ	EXERCE UNE FONCTION DE GESTION	EXERCE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE

ajout personne morale Nombre d'actions
 ajout fiducie ou de parts sociales
 modification autre entreprise avec droit de vote : % **DATE D'EFFET** JJ / MM / AA **DATE DE FIN** JJ / MM / AA

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ) (LE CAS ÉCHÉANT)

SIÈGE SOCIAL
 N° RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ DU OU DES DÉTENTEURS D' ACTIONS DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE (COCHER LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

LORSQUE LA SITUATION S'APPLIQUE, VEUILLEZ INDIQUER LE NOMBRE DE FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE :

Permis ODQ	ASSOCIÉ	ACTIONNAIRE	FIDUCIAIRE	ADMINISTRATEUR	DIRIGEANT	EMPLOYÉ	EXERCE UNE FONCTION DE GESTION	EXERCE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

SECTION 4

Information sur les personnes physiques détenant des actions SANS DROIT DE VOTE dans la société [article 3 [2°] du Règlement]

1. ajout retrait modification

Nombre d'actions **sans droit de vote** : %

MEMBRE DE L'ORDRE (LE CAS ÉCHÉANT)
NUMÉRO DE PERMIS

DATE D'EFFET JJ / MM / AA

DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DU DÉTENTEUR D'ACTIONS

PRÉNOM

ADRESSE RÉSIDENIELLE

N°

RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

Actionnaire – Membre de l'Ordre

Administrateur Dirigeant Exerce une fonction de gestion

Actionnaire – Conjoint(e)/parent

LIEN AVEC L'ACTIONNAIRE MEMBRE DE L'ORDRE

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN

MEMBRE DE L'ORDRE NUMÉRO DE PERMIS

Conjoint(e) Parent : À QUEL TITRE?

2. ajout retrait modification

Nombre d'actions **sans droit de vote** : %

MEMBRE DE L'ORDRE (LE CAS ÉCHÉANT)
NUMÉRO DE PERMIS

DATE D'EFFET JJ / MM / AA

DATE DE FIN JJ / MM / AA

NOM DU DÉTENTEUR D'ACTIONS

PRÉNOM

ADRESSE RÉSIDENIELLE

N°

RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

PAYS

STATUT(S) OU FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

Actionnaire – Membre de l'Ordre

Administrateur Dirigeant Exerce une fonction de gestion

Actionnaire – Conjoint(e)/parent

LIEN AVEC L'ACTIONNAIRE MEMBRE DE L'ORDRE

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN

MEMBRE DE L'ORDRE NUMÉRO DE PERMIS

Conjoint(e) Parent : À QUEL TITRE?

SECTION 5

Information sur les personnes morales, les fiducies et les autres entreprises détenant des actions SANS DROIT DE VOTE dans la société

[article 3 [2°] a), b), c), d) et e) du Règlement]

IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIE

Personne morale Fiducie Autre entreprise

ajout
 retrait
 modification

Nombre d'actions ou de parts **sans droit de vote** : %

DATE D'EFFET
JJ / MM / AA

DATE DE FIN
JJ / MM / AA

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE /FIDUCIE

NUMÉRO D'ENTREPRISE
DU QUÉBEC (NEQ)

SIÈGE SOCIAL

N°

RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE
POSTAL

PAYS

STATUT(S)/FONCTION(S) AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ DU OU DES DÉTENTEURS D'ACTION(S)
DE L'ENTITÉ JURIDIQUE/FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE (COCHEZ LE OU LES CHOIX APPLICABLES)

LORSQUE LA SITUATION S'APPLIQUE, VEUILLEZ INDIQUER LE NOMBRE DE FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE :

Actionnaire(s)/fiduciaire(s) – Membre(s) de l'Ordre

NOM DU MEMBRE
DE L'ORDRE

MEMBRE DE L'ORDRE
NUMÉRO DE PERMIS

Actionnaire Fiduciaire Administrateur Dirigeant Exerce une fonction de gestion

NOM DU MEMBRE
DE L'ORDRE

MEMBRE DE L'ORDRE
NUMÉRO DE PERMIS

Actionnaire Fiduciaire Administrateur Dirigeant Exerce une fonction de gestion

Actionnaire(s)/fiduciaire(s) – Conjoint(e)/parent(s)

NOM DE L'ACTIONNAIRE/FIDUCIAIRE
CONJOINT(E)/PARENT

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE
AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN

MEMBRE DE L'ORDRE
NUMÉRO DE PERMIS

Actionnaire Fiduciaire Conjoint(e) Parent : À QUEL TITRE?

NOM DE L'ACTIONNAIRE/FIDUCIAIRE
CONJOINT(E)/PARENT

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE
AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN

MEMBRE DE L'ORDRE
NUMÉRO DE PERMIS

Actionnaire Fiduciaire Conjoint(e) Parent : À QUEL TITRE?

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

SECTION 6

Attestation assermentée et autorisation

ATTESTATION, AUTORISATION ÉCRITE IRRÉVOCABLE ET ASSERMENTATION

JE, NOM DU MEMBRE/RÉPONDANT (PRÉNOM, NOM) NUMÉRO DE PERMIS
---	---------------------------

- ✓ Atteste que je suis membre de l'Ordre et, le cas échéant, la personne autorisée par la société à signer la présente déclaration, que les renseignements déclarés sont complets, conformes et exacts et que les documents requis accompagnent la présente déclaration; j'atteste de plus que la détention des parts sociales ou actions ainsi que les règles d'administration de la société respectent les conditions du Règlement.
- ✓ De plus, je donne le droit aux personnes, comités, instances disciplinaires et tribunaux visés à l'article 192 du Code des professions d'exiger de tout associé ou actionnaire la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 13 du Règlement ou d'une copie d'un tel document.

Signé et assermenté devant moi :

à (ville), ce jour de 20

X
.....
SIGNATURE DU RÉPONDANT

X
..... pour le district de

COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

L'assermentation du formulaire Déclaration d'exercice de la médecine dentaire en société peut se faire soit par un avocat, un notaire ou un commissaire à l'assermentation. Si vous choisissez de faire assermenter ce document par un commissaire à l'assermentation, voici un lien qui vous permettra d'en trouver facilement un dans votre secteur : <http://www.assermentation.justice.gouv.qc.ca/ServicesPublicsConsultation/Commissaires/Proximite/Criteres.aspx>.