

## EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE EN SOCIÉTÉ DÉCLARATION MODIFICATIVE LISTE D'EMPLOYÉS/TRAVAILLEURS AUTONOMES



### FRAIS

Des frais administratifs de 100 \$ sont exigés. Ces frais peuvent être acquittés par chèque libellé à l'Ordre des dentistes du Québec ou au moyen d'une carte de crédit en communiquant avec la responsable de l'exercice en société, par téléphone, au 514.875.8511 (poste 2243)

### DIRECTIVES

Tel que stipulé à l'article 6 du Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société (le Règlement), le membre doit :

- 1° mettre à jour et fournir avant le 31 mars de chaque année la déclaration prévue à l'article 5;
- 2° informer l'Ordre sans délai de toute modification à la garantie prévue à la section III ou aux informations transmises dans la déclaration prévue à l'article 5 qui aurait pour effet d'affecter le respect des conditions prévues à l'article 3.

**TOUT CHANGEMENT, MODIFICATION OU TRANSACTION** intervenu à votre société comporte une obligation d'informer l'Ordre. Pour ce faire, vous devez remplir, signer et retourner le formulaire approprié, par la poste ou par courriel à [societe@odq.qc.ca](mailto:societe@odq.qc.ca).

### DATE LIMITE

Au plus tard 60 jours suivant le changement.

### LISTE D'EMPLOYÉS/TRAVAILLEURS AUTONOMES (UNIQUEMENT LES MEMBRES DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC)

1. Veuillez déclarer les modifications à la liste d'employés/travailleurs autonomes membre de l'Ordre qui exercent au sein de votre société, et ce, pour chaque établissement exploité par la société (\*).
2. Pour chaque membre de l'Ordre identifié dans cette section, veuillez également énumérer le(s) statut(s) qui le concerne(nt) en vous référant à la légende ci-dessous.

(\*)

Constitue un établissement **EXPLOITÉ** par la société un lieu physique où s'effectuent des services professionnels de médecine dentaire.

À l'inverse, la société **N'EXPLOITE** aucun établissement lorsque celle-ci perçoit uniquement des honoraires ou des revenus découlant de la prestation de services professionnels de médecine dentaire.

### LÉGENDE DES STATUTS

**A/G** : Actionnaire/associé - exerce une fonction de gestion

**R** : Répondant

**RS** : Répondant substitut **A** : Actionnaire/associé

**E** : Employé membre de l'Ordre

**T** : Travailleur autonome membre de l'Ordre

p.ex.: **A/R** = Actionnaire/répondant ou **T/R** = travailleur autonome /répondant

## IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA SOCIÉTÉ	NUMÉRO DE L'ENTREPRISE DU QUÉBEC
-------------------	----------------------------------

## LISTE D'EMPLOYÉS/TRAVAILLEURS AUTONOMES (UNIQUEMENT LES MEMBRES DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC)

ÉTABLISSEMENT 1     Ajout -établissement     Retrait -établissement     Modification -établissement

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

ÉTABLISSEMENT 2     Ajout -établissement     Retrait -établissement     Modification -établissement

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

## ATTESTATION

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

- J'atteste avoir vérifié l'exactitude des renseignements fournis depuis la dernière déclaration.
- J'atteste et confirme qu'en date de la présente, aucune autre modification n'est intervenue à la société depuis la dernière déclaration, et ce, conformément aux exigences du Règlement sur l'exercice de la profession de dentiste en société.

<b>X</b>	À	LE
SIGNATURE DU RÉPONDANT	VILLE	JJ / MM / AA

<b>X</b>	À	LE
SIGNATURE DU RÉPONDANT DE L'ÉTABLISSEMENT	VILLE	JJ / MM / AA

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