

## EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE EN SOCIÉTÉ DÉCLARATION MODIFICATIVE AJOUT/RETRAIT - ÉTABLISSEMENT(S)



### 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.

### 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

**R:** Répondant - **RS:** Répondant substitut - **A:** Actionnaire/associé - **E:** Employé membre de l'Ordre

**G:** Exerce une fonction de gestion - **T:** Travailleur autonome membre de l'Ordre

Exemples: **AR** = Actionnaire/répondant - **TR** = travailleur autonome /répondant - **AG** = Associé exerçant une fonction de gestion

## IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA SOCIÉTÉ	NUMÉRO DE L'ENTREPRISE 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

### ÉTABLISSEMENT 3 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

#### 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](mailto:tableau@odq.qc.ca).  
 Veuillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

## ATTESTATION

JE,	NUMÉRO DE PERMIS
NOM DU MEMBRE/RÉPONDANT (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