

## EXERCICE DE LA MÉDECINE DENTAIRE EN SOCIÉTÉ **DÉCLARATION MODIFICATIVE ACTIONNAIRES ET/OU ADMINISTRATEURS**



### **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.

---

### **IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ**

NOM DE LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO DE L'ENTREPRISE DU QUÉBEC

---

### **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 : .....

## SECTION 1

---

### 1. NOMBRE ET RÉPARTITION DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES AVEC DROIT DE VOTE

#### DE LA SOCIÉTÉ

**N.B. À REMPLIR DÈS QU'UN CHANGEMENT SURVIENT AUX PAGES 3 OU 4 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 fiducies ou par toute autre entreprise : ..... %
  3. Nombre **TOTAL** d'actions ou de parts sociales **avec droit de vote** émises par la société : ..... **TOTAL =** %
- 

### NOMBRE ET RÉPARTITION DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES SANS DROIT DE VOTE

#### DE LA SOCIÉTÉ

**N.B. À REMPLIR DÈS QU'UN CHANGEMENT SURVIENT AUX PAGES 5 OU 6 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 fiducies 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°] 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

## 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  
 retrait       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 (COCHEZ 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="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="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="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="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  
 retrait       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 (COCHEZ 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="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="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="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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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 RÉSIDENTIELLE

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 RÉSIDENTIELLE

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' ACTIONS 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?

## 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**  
SIGNATURE DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

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>.