

EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

DÉCLARATION INITIALE (Formulaire S1)

L'article 187.11 du Code des professions (RLRQ, c. C-26) prévoit que le membre peut exercer ses activités professionnelles en société s'il fournit à l'Ordre des dentistes du Québec (« l'Ordre ») 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 préalablement à l'exercice en société et 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.

PRODUCTION DE LA DÉCLARATION INITIALE ET DES DOCUMENTS (S1)

(Documents à transmettre par courrier électronique à: societe@odq.qc.ca)

Remplir **TOUTES** les cases nécessaires à votre demande

- Une copie **certifiée** de la Déclaration initiale de mise à jour subséquente de personne morale ou d'immatriculation déposée auprès du Registraire des entreprises du Québec et, le cas échéant, toute mise à jour déposée;
- Le certificat de constitution délivré par le Registraire des entreprises du Québec, ainsi que les statuts de constitution;
- Une copie du certificat d'attestation délivré par le Registraire des entreprises du Québec;
- Le cas échéant, une copie **certifiée** de la Déclaration déposée auprès du Registraire des entreprises du Québec indiquant que la société en nom collectif (SENC) a été continuée en société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL);
- Pour la société n'étant pas constituée au Québec, une copie du certificat de conformité délivré par Innovation, Sciences et Développement économique Canada (Corporations Canada) ou par l'autorité compétente;
- Les règlements internes de la société;
- Les registres complets et à jour des administrateurs, dirigeants, actionnaires et valeurs mobilières de la société;
- Le cas échéant, toute convention entre actionnaires, toute entente de vote et leurs modifications;
- Le cas échéant, copie des ententes, conventions, transactions, baux et autres ayant été conclus ou à conclure par la société et qui vise la jouissance d'un immeuble ou d'un espace pour exercer la profession;
- Pour la personne morale actionnaire de la société, le registre complet et à jour des administrateurs, dirigeants, actionnaires et valeurs mobilières;
- Pour la fiducie actionnaire de la société, l'acte constitutif ainsi que les listes des bénéficiaires et fiduciaires.

NOTE

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

Lorsque nécessaire, veuillez dupliquer les pages pertinentes du formulaire pour vous permettre de déclarer tous les renseignements requis relativement à votre société, lesquelles devront nous être transmises avec la Déclaration.

FRAIS: Des frais administratifs de 100 \$ par membre de l'Ordre actionnaire ou associé sont exigés. Ces frais doivent être acquittés au moyen d'une carte de crédit en communiquant avec le responsable de l'exercice en société, par téléphone au 514.875.8511 (postes 2342, 2233 ou 2243).

EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

DÉCLARATION INITIALE (Formulaire S1)

Un Avis d'autorisation confirmant la date de début d'exercice de la médecine dentaire en société sera émis et transmis lorsque votre demande aura été traitée et acceptée.

Le délai de traitement normal d'une demande est d'environ de 30 jours et celui du traitement prioritaire est de 10 jours ouvrables suivant la réception du dossier complet.

1. Conditionnellement à la réception de la Déclaration initiale dûment remplie et signée devant un commissaire à l'assermentation et des documents requis (voir la liste des documents à la page 1), la date de début d'exercice (DDE) en société coïncidera avec la date de réception du dossier complet OU la date ultérieure que vous aurez indiquée ci-contre.

2. **VEUILLEZ INDIQUER LA DATE PRÉVUE DE DÉBUT D'EXERCICE EN SOCIÉTÉ**

JJ	MM	AA

3. Toute demande incomplète entraînera un délai de traitement et, le cas échéant de la DDE en société

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ)

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL DE LA SOCIÉTÉ

No RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

1.2 CONSTITUTION DE LA SOCIÉTÉ

Forme juridique de la société

SENCRL (Société en nom collectif à responsabilité limitée)

Constitution provinciale

SPA (Société par actions)

Constitution fédérale

Est-ce une continuation d'une SENC en une SENCRL ou une SPA?

Oui Non

1.3 AUTRES NOMS UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ

NOTE: Les autres noms **doivent** avoir été déclarés au REQ au préalable.

AUTRE NOM _____

AUTRE NOM _____

AUTRE NOM _____

AUTRE NOM _____

AUTRE NOM _____

À L'USAGE DE L'ORDRE SEULEMENT

DATE DE RÉCEPTION DES DOCUMENTS				INITIALES _____
	JJ	MM	AA	

1.4 MEMBRE RÉPONDANT

1. Pour **agir à titre de répondant** d'une société autorisée par l'Ordre, vous devez être un dentiste inscrit au tableau de l'Ordre, à titre de membre actif, et exercer vos activités professionnelles au sein de la société.
2. Un répondant de société **DOIT** être désigné et il **DOIT** signer la Convention d'acceptation ci-dessous.
3. Un **répondant substitut pour la société DOIT** être désigné **SI plus d'un membre** de l'Ordre exerce ses activités professionnelles au sein de la société. Le cas échéant, il **DOIT** remplir et signer la **Convention d'acceptation à l'Annexe I** et être identifié à la section 1.5.
4. Un **répondant pour chaque établissement exploité* par la société DOIT** être désigné **SI** le répondant de la société n'exerce pas ses activités professionnelles dans tous les établissements exploités par la société (voir directives à la section 1.5).
5. **Lorsqu'un répondant ne respecte plus les critères** mentionnés ci-dessus ou **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 en complétant le formulaire *Déclaration modificative - désignation d'un répondant* – formulaire S2.6.

CONVENTION D'ACCEPTATION DU RÉPONDANT

NOTE: Toute correspondance de l'Ordre sera transmise au répondant, par courriel, à son adresse de courrier électronique inscrite au tableau des membres.

NOM DU MEMBRE RÉPONDANT _____

NUMÉRO DE PERMIS _____

Je **N'EXPLOITE PAS** d'établissement* → Signer la convention et poursuivre directement à la section 1.6
OU

J'**EXPLOITE** un ou plusieurs établissement(s)* → Exercez-vous la profession dans **tous** Oui Non⁴
les établissements exploités par la société
Signer la convention et poursuivre directement à la section 1.5

- ✓ Je suis membre de l'Ordre et j'accepte d'agir à titre de répondant, et ce, afin de remplir les obligations prévues aux articles 6 et 8 du Règlement.
- ✓ J'accepte le mandat après m'être assuré(e) de l'exactitude de tous les renseignements 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'accepte de transmettre à l'Ordre, sans délai, la *Déclaration modificative - désignation d'un répondant* – formulaire S2.6, dans l'éventualité où je cessais d'agir à titre de répondant.

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

* Établissement **EXPLOITÉ** ou **NON EXPLOITÉ**

- Une société **EXPLOITE** un ou des établissements lorsque celle-ci **POSSÈDE** ou **LOUE** un ou plusieurs lieux physiques où s'exercent des activités de médecine dentaire.
- Une société **N'EXPLOITE PAS** d'établissement lorsque celle-ci **SERT EXCLUSIVEMENT** à percevoir les honoraires découlant de la prestation de services professionnels en lien avec l'exercice de la médecine dentaire, par exemple, un dentiste travailleur autonome dont les revenus découlant de l'exercice de sa profession sont versés à sa société plutôt qu'à lui personnellement, à titre particulier.

1.5 ADRESSE DES ÉTABLISSEMENTS EXPLOITÉS PAR LA SOCIÉTÉ

Cette section **NE DOIT ÊTRE REMPLIE QUE s'il y a un ou des établissements EXPLOITÉ(S) par la société.**

* Établissement **EXPLOITÉ** ou **NON EXPLOITÉ**

- Une société **EXPLOITE** un ou des établissements lorsque celle-ci **POSSÈDE** ou **LOUE** un ou plusieurs lieux physiques où s'exercent des activités de médecine dentaire.
- Une société **N'EXPLOITE PAS** d'établissement lorsque celle-ci **SERT EXCLUSIVEMENT** à percevoir les honoraires découlant de la prestation de services professionnels en lien avec l'exercice de la médecine dentaire, par exemple, un dentiste travailleur autonome dont les revenus découlant de l'exercice de sa profession sont versés à sa société plutôt qu'à lui personnellement, à titre particulier.

1. Tous les établissements exploités **DOIVENT** être déclarés, incluant, le cas échéant, le siège social de la société s'il s'agit d'un établissement où s'exercent des activités de médecine dentaire.
2. Chaque établissement exploité **DOIT** avoir été déclaré au REQ au préalable.
3. Pour chaque établissement exploité par la société, vous **DEVEZ** fournir l'identité de **TOUS** les membres de l'Ordre qui y exercent en prenant soin d'indiquer le(s) statut(s) qui le(s) concerne(nt) en vous référant à la légende ci-dessous.
4. Comme mentionné à la section 1.4, **SI plus d'un membre de l'Ordre** exerce ses activités professionnelles au sein de la société, un **répondant substitut de la société DOIT être désigné** et être identifié dans cette section.
5. **SI le répondant** de la société, mentionné à la section 1.4, **n'exerce pas la profession dans TOUS les établissements exploités** par la société, un **répondant d'établissement DOIT** être désigné **pour chaque établissement où le répondant n'exerce pas** et être identifié dans cette section sous l'établissement pour lequel il agit à ce titre.
6. **TOUT répondant d'un établissement**, désigné dans cette section, **DOIT** remplir et signer la **Convention d'acceptation à l'Annexe II**, et ce, pour chaque établissement concerné.

LÉGENDE DES STATUTS

A	Actionnaire/associé	D	Dirigeant (fonctions de gestion)
R	Répondant	E	Employé/salarié (dentiste à salaire)
RS	Répondant substitut (le cas échéant, veuillez remplir l'Annexe I)	TA	Travailleur autonome (dentiste à pourcentage)

ÉTABLISSEMENT 1

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

MEMBRES(S) DE L'ORDRE QUI Y EXERCE(NT)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

NOTE: Les lieux d'exercice déclarés dans cette section seront uniquement inscrits au Registre des sociétés de l'Ordre. Ainsi, les membres ont toujours l'obligation de fournir à l'Ordre les renseignements relatifs à leurs lieux d'exercice et de l'informer, **sans délai**, de tout changement à cet égard, par courriel adressé à tableau@odq.qc.ca.

1.5 ADRESSE DES ÉTABLISSEMENTS EXPLOITÉS PAR LA SOCIÉTÉ (SUITE)

ÉTABLISSEMENT 2

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL

ÉTABLISSEMENT 3

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL

ÉTABLISSEMENT 4

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL

ÉTABLISSEMENT 5

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL

MEMBRES(S) DE L'ORDRE QUI Y EXERCE(NT)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

MEMBRES(S) DE L'ORDRE QUI Y EXERCE(NT)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

MEMBRES(S) DE L'ORDRE QUI Y EXERCE(NT)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

MEMBRES(S) DE L'ORDRE QUI Y EXERCE(NT)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

Nom et prénom du dentiste NUMÉRO DE PERMIS STATUT(S)

NOTE : Les lieux d'exercice déclarés dans cette section seront uniquement inscrits au Registre des sociétés de l'Ordre. Ainsi, les membres ont toujours l'obligation de fournir à l'Ordre les renseignements relatifs à leurs lieux d'exercice et de l'informer, **sans délai**, de tout changement à cet égard, par courriel adressé à tableau@odq.qc.ca.

EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

DÉCLARATION INITIALE (Formulaire S1)

1.6 NOM DES ADMINISTRATEURS/DIRIGEANTS DE LA SOCIÉTÉ

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 ou de dirigeant.

LÉGENDE DES STATUTS

- P:** Président
VP: Vice-président
S: Secrétaire
T: Trésorier
A: Administrateur (sans rôle de dirigeant)

NOM DU MEMBRE	NUMÉRO DE PERMIS	STATUT(S)
NOM DU MEMBRE	NUMÉRO DE PERMIS	STATUT(S)
NOM DU MEMBRE	NUMÉRO DE PERMIS	STATUT(S)
NOM DU MEMBRE	NUMÉRO DE PERMIS	STATUT(S)
NOM DU MEMBRE	NUMÉRO DE PERMIS	STATUT(S)

1.7 RÉPARTITION DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES AVEC DROIT DE VOTE DE LA SOCIÉTÉ

1. Indiquer le pourcentage d'actions ou de parts sociales avec droit de vote détenues par un/des membre(s) de l'Ordre %
2. Indiquer le pourcentage d'actions ou de parts sociales avec droit de vote détenues par une personne morale* ou une fiducie*** %
- Le pourcentage TOTAL doit correspondre à 100% TOTAL = %**

1.8 RÉPARTITION DES ACTIONS SANS DROIT DE VOTE DE LA SOCIÉTÉ

NOTE: Si aucune action sans droit de vote n'a été émise par la société, veuillez indiquer « 0 » dans les cases

1. Indiquer le pourcentage d'actions sans droit de vote détenues par un/des membre(s) de l'Ordre et/ou par un(e) conjoint(e) et/ou par un parent** en ligne directe ou collatérale privilégiée. %
2. Indiquer le pourcentage d'actions sans droit de vote détenues par une personne morale* ou une fiducie*** %
- Le pourcentage TOTAL doit correspondre à 0% ou 100% TOTAL = %**

* **PERSONNE MORALE:** NE CORRESPOND PAS à une personne physique, mais à une ENTITÉ JURIDIQUE qui détient des actions, parts sociales, titres de participation et/ou d'autres droits dans votre société.

** **UN PARENT (membre de la famille) en ligne directe ou collatérale privilégiée du dentiste:** père, mère, enfant biologique ou légalement adopté, frère, soeur, enfant de frère/soeur (neveu/nièce).

*** **FIDUCIE**

- **Détentrice d'actions avec droit de vote**

Seuls les membres de l'Ordre peuvent être fiduciaires.

- **Détentrice d'actions sans droit de vote**

Peut être fiduciaire: un dentiste, un/une conjoint(e) du dentiste et/ou un parent en ligne directe ou collatérale privilégiée du dentiste.

NE PEUT être détenteur d'actions/fiduciaire: belle-mère, beau-père, belle-soeur, beau-frère, oncle, tante, cousin(e), notaire, avocat, comptable, actuaire, fiscaliste et ami.

SECTION 2

Informations sur le(s) membre(s) de l'Ordre détenant des actions ou des parts sociales AVEC DROIT DE VOTE dans la société

1. IDENTIFICATION DE L'ACTIONNAIRE/ASSOCIÉ

DATE EFFECTIVE

_____ / _____ / _____ POURCENTAGE D' ACTIONS OU DE PARTS
NUMÉRO DE PERMIS JJ MM AA SOCIALES **AVEC DROIT DE VOTE**: %

NOM DU MEMBRE

PRÉNOM DU MEMBRE

- Je déclare que ce membre souscrit au Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec (FARPODQ) ou qu'il détient une assurance-responsabilité professionnelle auprès d'un tiers et ne fait l'objet d'aucune exemption. Je m'engage à informer l'Ordre, sans délai et par écrit à societe@odq.qc.ca, si le maintien de cette souscription devait être interrompu pour quelque motif que ce soit.

OU

- Je déclare que ce membre est inscrit au tableau de l'ODQ à titre de membre inactif (non autorisé à exercer la profession) ou qu'il est exempté de souscrire au fond d'assurance-responsabilité du FARPODQ.

Ce membre exerce-t-il la profession au sein de la société? Oui Non

ADRESSE DE PRATIQUE PRINCIPALE

NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

No RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

SECTION 2 (SUITE)

Informations sur le(s) membre(s) de l'Ordre détenant des actions ou des parts sociales **AVEC DROIT DE VOTE** dans la société

2. IDENTIFICATION DE L'ACTIONNAIRE/ASSOCIÉ

DATE EFFECTIVE

_____ / _____ / _____ POURCENTAGE D' ACTIONS OU DE PARTS
NUMÉRO DE PERMIS JJ MM AA SOCIALES **AVEC DROIT DE VOTE**: %

NOM DU MEMBRE

PRÉNOM DU MEMBRE

- Je déclare que ce membre souscrit au Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de l'Ordre des dentistes du Québec (FARPODQ) ou qu'il détient une assurance-responsabilité professionnelle auprès d'un tiers et ne fait l'objet d'aucune exemption. Je m'engage à informer l'Ordre, sans délai et par écrit à societe@odq.qc.ca, si le maintien de cette souscription devait être interrompu pour quelque motif que ce soit.

OU

- Je déclare que ce membre est inscrit au tableau de l'ODQ à titre de membre inactif (non autorisé à exercer la profession) ou qu'il est exempté de souscrire au fond d'assurance-responsabilité du FARPODQ.

Ce membre exerce-t-il la profession au sein de la société? Oui Non

ADRESSE DE PRATIQUE PRINCIPALE

NOM DE LA CLINIQUE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

No RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

SECTION 3

Informations sur les personnes morales et les fiducies détenant des actions ou des parts sociales AVEC DROIT DE VOTE dans la société

1. IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE

DATE EFFECTIVE

Personne morale _____ / _____ / _____
JJ MM AA

POURCENTAGE D'ACTIONS OU DE PARTS
SOCIALES **AVEC DROIT DE VOTE**:

%

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE

NEQ (le cas échéant)

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL

No RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

S'IL S'AGIT D'UNE FIDUCIE, VEUILLEZ INDIQUER LE NOMBRE DE FIDUCIAIRES DE LA FIDUCIE :

ACTIONNAIRE(S)/ASSOCIÉ(S)/FIDUCIAIRE(S) DE L'ENTITÉ JURIDIQUE

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE

NUMÉRO DE PERMIS

- Actionnaire/associé **direct** de l'entité juridique déclarée ci-dessus
- Actionnaire/associé de l'entité juridique déclarée ci-dessus **par l'entremise d'une autre entité juridique (joindre la documentation requise à la page 1)**
- Fiduciaire*

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE

NUMÉRO DE PERMIS

- Actionnaire/associé **direct** de l'entité juridique déclarée ci-dessus
- Actionnaire/associé de l'entité juridique déclarée ci-dessus **par l'entremise d'une autre entité juridique (joindre la documentation requise à la page 1)**
- Fiduciaire*

* FIDUCIE

Détentrice d'actions avec droit de vote

Seuls les membres de l'Ordre **peuvent être fiduciaires.**

SECTION 4

Informations sur les membres, conjoint(e) et parents détenant des actions SANS DROIT DE VOTE dans la société

1. IDENTIFICATION DU MEMBRE DE L'ORDRE, CONJOINT(E) OU PARENT

DATE EFFECTIVE

NUMÉRO DE PERMIS (le cas échéant) _____ JJ / MM / AA _____ POURCENTAGE D' ACTIONS
SANS DROIT DE VOTE: %

NOM DU DÉTENTEUR DES ACTIONS _____ PRÉNOM _____

ADRESSE RÉSIDENIELLE

No _____ RUE _____

MUNICIPALITÉ/VILLE _____ PROVINCE/ÉTAT _____ CODE POSTAL _____

Membre Conjoint(e) Parent*: _____
VEUILLEZ PRÉCISER LE LIEN AVEC LE MEMBRE

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE ACTIONNAIRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN _____ NUMÉRO DE PERMIS _____

2. IDENTIFICATION DU MEMBRE DE L'ORDRE, CONJOINT(E) OU PARENT

DATE EFFECTIVE

NUMÉRO DE PERMIS (le cas échéant) _____ JJ / MM / AA _____ POURCENTAGE D' ACTIONS
SANS DROIT DE VOTE: %

NOM DU DÉTENTEUR DES ACTIONS _____ PRÉNOM _____

ADRESSE RÉSIDENIELLE

No _____ RUE _____

MUNICIPALITÉ/VILLE _____ PROVINCE/ÉTAT _____ CODE POSTAL _____

Membre Conjoint(e) Parent*: _____
VEUILLEZ PRÉCISER LE LIEN AVEC LE MEMBRE

NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE ACTIONNAIRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN _____ NUMÉRO DE PERMIS _____

* **UN PARENT (membre de la famille) en ligne directe ou collatérale privilégiée du dentiste:**
père, mère, enfant biologique ou légalement adopté, frère, soeur, enfant de frère/soeur (neveu/niece).

NE PEUT être détenteur d'actions/fiduciaire:
belle-mère, beau-père, belle-soeur, beau-frère, oncle, tante, cousin(e), notaire, avocat, comptable, actuair, fiscaliste et ami.

SECTION 5 (SUITE)

Informations sur les personnes morales et les fiducies détenant des actions **SANS DROIT DE VOTE** dans la société)

1. IDENTIFICATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE (SUITE)

ACTIONNAIRE(S)/FIDUCIAIRE(S) DE L'ENTITÉ JURIDIQUE – CONJOINT(E) ET/OU PARENT(S)**

NOM DU DÉTENTEUR DES ACTIONS		PRÉNOM	
No	RUE		
MUNICIPALITÉ/VILLE		PROVINCE/ÉTAT	CODE POSTAL
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Parent*:		
VEUILLEZ PRÉCISER LE LIEN AVEC LE MEMBRE			
NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE ACTIONNAIRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN			NUMÉRO DE PERMIS

ACTIONNAIRE(S)/FIDUCIAIRE(S) DE L'ENTITÉ JURIDIQUE – CONJOINT(E) ET/OU PARENT(S)**

NOM DU DÉTENTEUR DES ACTIONS		PRÉNOM	
No	RUE		
MUNICIPALITÉ/VILLE		PROVINCE/ÉTAT	CODE POSTAL
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Parent*:		
VEUILLEZ PRÉCISER LE LIEN AVEC LE MEMBRE			
NOM DU MEMBRE DE L'ORDRE ACTIONNAIRE AVEC LEQUEL VOUS AVEZ UN LIEN			NUMÉRO DE PERMIS

* **UN PARENT (membre de la famille) en ligne directe ou collatérale privilégiée du dentiste :**
père, mère, enfant biologique ou légalement adopté, frère, soeur, enfant de frère/soeur (neveu/nièce).

** **FIDUCIE**
Détentrice d'actions sans droit de vote
Peut être fiduciaire : un dentiste, un/une conjoint(e) du dentiste et/ou un parent en ligne directe ou collatérale privilégiée du dentiste.

NE PEUT être détenteur d'actions/fiduciaire :
belle-mère, beau-père, belle-soeur, beau-frère, oncle, tante, cousin(e), notaire, avocat, comptable, actuaire, fiscaliste et ami.

SECTION 6 Attestation assermentée et autorisation

JE, SOUSSIGNÉ(E)

NOM DU MEMBRE RÉPONDANT (PRÉNOM, NOM)

NUMÉRO DE PERMIS

- Je suis inscrit(e) au Tableau de l'Ordre et dûment autorisé(e) par la société à signer la présente déclaration.
- Je déclare que les renseignements apparaissant dans la présente déclaration sont complets et véridiques et que les documents requis par l'Ordre y sont annexés.

Signée et assermentée devant moi

à (ville) _____, ce _____ jour de _____ 20 _____

X _____
SIGNATURE DU RÉPONDANT

_____ # CERTIFICAT/PERMIS: _____
NOM DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION (en caractères d'imprimerie)

X _____ POUR LE DISTRICT DE: _____
SIGNATURE DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

ANNEXE I

1. Pour **agir à titre de répondant substitut** d'une société autorisée par l'Ordre, vous devez être un dentiste inscrit au tableau de l'Ordre, à titre de membre actif, et exercer vos activités professionnelles au sein de la société.
2. Un **répondant substitut de la société** est désigné **SI plus d'un membre** de l'Ordre exerce ses activités professionnelles au sein de la société. Il **DOIT** remplir et signer la Convention d'acceptation ci-dessous.
3. **Lorsqu'un répondant substitut ne respecte plus les critères** mentionnés ci-dessus ou **cesse d'être la personne désignée** pour agir à ce titre, **le répondant de la société DOIT** s'assurer qu'un nouveau répondant substitut soit désigné pour le remplacer si nécessaire et transmettre à l'Ordre une nouvelle Convention d'acceptation du répondant en complétant le formulaire *Déclaration modificative - désignation d'un répondant* – formulaire S2.6.

CONVENTION D'ACCEPTATION RÉPONDANT SUBSTITUT DE LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ)

NOM DU RÉPONDANT SUBSTITUT DE LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO DE PERMIS

- Je suis membre de l'Ordre et j'accepte d'agir à titre de répondant substitut de la société mentionnée ci-dessus.
- Je m'engage à transmettre au répondant de la société, identifié ci-dessous, toute demande d'informations ou de documents requis par un représentant de l'Ordre, et ce, afin de lui permettre de remplir les obligations prévues aux articles 6 et 8 du Règlement.

X _____ À _____ LE: _____ / _____ / _____
SIGNATURE DU RÉPONDANT SUBSTITUT DE LA SOCIÉTÉ VILLE JJ MM AA

NOM DU RÉPONDANT DE LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO DE PERMIS

X _____ À _____ LE: _____ / _____ / _____
SIGNATURE DU RÉPONDANT DE LA SOCIÉTÉ VILLE JJ MM AA

ANNEXE II

1. Pour **agir à titre de répondant d'un établissement exploité** par la société, vous devez être un dentiste inscrit au tableau de l'Ordre, à titre de membre actif, et exercer vos activités professionnelles au sein de la société.
2. Tout **répondant d'un ou de plusieurs établissement(s) exploité(s) par la société**, désigné à la section 1.5, **DOIT** remplir et signer la Convention d'acceptation ci-dessous, et ce, **pour chaque établissement pour lequel il agit à ce titre**.
3. **Lorsqu'un répondant d'établissement ne respecte plus les critères** mentionnés ci-dessus ou **cesse d'être la personne désignée** pour agir à ce titre, **le répondant de la société DOIT** s'assurer qu'un nouveau répondant d'établissement soit désigné pour le remplacer si nécessaire et transmettre à l'Ordre une nouvelle Convention d'acceptation du répondant en complétant le formulaire *Déclaration modificative - désignation d'un répondant* – formulaire S2.6.

CONVENTION D'ACCEPTATION RÉPONDANT D'UN ÉTABLISSEMENT EXPLOITÉ PAR LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ)

NOM DU RÉPONDANT D'UN ÉTABLISSEMENT EXPLOITÉ

NUMÉRO DE PERMIS

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT EXPLOITÉ PAR LA SOCIÉTÉ

No RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT

CODE POSTAL

- Je suis membre de l'Ordre et j'accepte d'agir à titre de répondant pour l'établissement mentionné ci-dessus.
- Je m'engage à transmettre au répondant de la société, identifié ci-dessous, toute demande d'informations ou de documents requis par un représentant de l'Ordre, et ce, afin de lui permettre de remplir les obligations prévues aux articles 6 et 8 du Règlement.

SIGNATURE DU RÉPONDANT D'UN ÉTABLISSEMENT EXPLOITÉ À VILLE LE: JJ / MM / AA

NOM DU RÉPONDANT DE LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO DE PERMIS

SIGNATURE DU RÉPONDANT DE LA SOCIÉTÉ À VILLE LE: JJ / MM / AA