

# EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

## DÉCLARATION de fin d'exercice en société (Formulaire S4)

### 1. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA SOCIÉTÉ

NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ)

### 2. DATE D'EFFET

JJ MM AA

### 3. MOTIF

Veuillez **cocher** le choix applicable et, le cas échéant, remplir la section appropriée du présent formulaire.

- A.  **Changement de vocation/secteur d'activités économique (CAE).** (VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION 1)
- B.  **Radiation d'office (post-fusion)**
- C.  **Radiation volontaire (radiation sur demande)**
- Joindre une copie de toute déclaration déposée auprès de l'autorité compétente (Registraire des entreprises du Québec, Corporations Canada ou autres.)
- D.  **Liquidation/dissolution**
- Joindre une copie du certificat de dissolution délivré par l'autorité compétente, le cas échéant
  - Joindre une copie de toute déclaration déposée auprès de l'autorité compétente (Registraire des entreprises du Québec, Corporations Canada ou autres.)
- E.  **Cession de biens/faillite**
- Joindre une copie de tout document officiel attestant de la date d'effet de la cessation des activités et de toute déclaration déposée auprès de l'autorité compétente (Registraire des entreprises du Québec, Corporations Canada ou autres.)

**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 2233) .

# EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

## DÉCLARATION de fin d'exercice en société (Formulaire S4)

### SECTION 1 – Changement de vocation

Lorsque vous procédez au changement de vocation de la société, vous **DEVEZ** également **MODIFIER** toute **DÉNOMINATION SOCIALE** et **RETIRER** tout **AUTRE NOM UTILISÉ** par la société comportant un terme ou faisant référence à la médecine dentaire, à la dentisterie ou à une spécialité de la médecine dentaire (ex. clinique dentaire, centre dentaire, services dentaires, services chirurgicaux, dentiste, D.M.D. ou autres.)

- Joindre une copie de toute déclaration ayant été produite auprès de l'autorité compétente relativement au changement de vocation/secteur d'activité économique (CAE)
- Joindre une copie du certificat de modification délivré par l'autorité compétente (Registraire des entreprises du Québec, Corporations Canada ou autres.)

NOUVELLE DÉNOMINATION SOCIALE/NOM DE LA SOCIÉTÉ

NOUVEAU SECTEUR D'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE (CAE) DE LA SOCIÉTÉ

#### 1. Continuerez-vous d'exercer la profession?

- Oui, à quel titre\* :  Dentiste propriétaire  Dentiste salarié/employé/à pourcentage\*\*  Travailleur autonome\*\*\*

NOM DE LA CLINIQUE

ADRESSE DE LA CLINIQUE

- Non

\* Le cas échéant, veuillez communiquer avec la responsable des services aux membres de l'Ordre, par courriel à [tableau@odq.qc.ca](mailto:tableau@odq.qc.ca) ou par téléphone au 514-875-8511, poste 2263, afin de mettre à jour votre statut ainsi que vos lieux d'exercice au tableau des membres.

\*\* Dentiste salarié/employé/à pourcentage s'entend de celui dont les revenus de sa profession lui sont versés directement, à titre de revenu personnel.

\*\*\* Travailleur autonome s'entend du dentiste dont les revenus de sa profession sont versés à sa société et non pas à lui directement, à titre de revenu personnel.

#### 2. Avez-vous cédé vos dossiers au cours de cette transaction?

- Oui (Le formulaire *Convention entre un dentiste cédant ses dossiers et son cessionnaire* doit être rempli, signé et transmis à l'Ordre par courriel à [tableau@odq.qc.ca](mailto:tableau@odq.qc.ca). Pour accéder au formulaire, veuillez cliquer [ICI](#).)
- Non, précisez: \_\_\_\_\_

### ATTESTATION

Je, \_\_\_\_\_  
NOM DU RÉPONDANT (PRÉNOM, NOM) NUMÉRO DE PERMIS

atteste de l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration.

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ JJ MM AA  
SIGNATURE DU RÉPONDANT VILLE