EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

DÉCLARATION MODIFICATIVE
AUTRE(S) NOM(S)
(Formulaire S2.5)

DIRECTIVE

RAPPEL : TOUT CHANGEMENT au sein d'une société doit être déclaré à l'Ordre sur le formulaire approprié, sans délai et au plus tard dans les 60 jours suivants.
Pour accéder à la **liste des formulaires** de modification et au **tableau des frais et des pénalités**, veuillez cliquer **ICI**.

Veuillez transmettre votre formulaire **dûment complété, signé et accompagné de la documentation requise**, par courrier électronique à societe@odq.qc.ca

IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

NOM DE LA SOCIÉTÉ (tel qu'inscrit actuellement au Registre des sociétés de l'Ordre) _____ NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC (NEQ) _____

AUTRE(S) NOM(S) UTILISÉ(S) PAR LA SOCIÉTÉ

NOTE : Tout changement DOIT avoir été déclaré au Registraire des entreprises du Québec au préalable.

AUTRE(S) NOM(S)			DATE EFFECTIVE AU REQ		
1.	☐ ajout	☐ retrait	JJ	MM	AA
2.	☐ ajout	☐ retrait	JJ	MM	AA
3.	☐ ajout	☐ retrait	JJ	MM	AA
4.	☐ ajout	☐ retrait	JJ	MM	AA
5.	☐ ajout	☐ retrait	JJ	MM	AA
6.	☐ ajout	☐ retrait	JJ	MM	AA

☐ **Joindre une copie de toute déclaration produite auprès du Registraire des entreprises du Québec attestant des modifications à la liste des autres noms utilisés.**

ATTESTATION

JE, SOUSSIGNÉ(E)

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

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

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

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

Ordre des dentistes du Québec
800, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1640, Montréal (Québec) H3B 1X9
Téléphone : 514 875-8511 / 1 800 361-4887 • Télécopieur : 514 393-9248
www.odq.qc.ca • societe@odq.qc.ca

LE DENTISTE, LE DOCTEUR QUI VEILLE SUR VOTRE BOUCHE