

EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

DÉCLARATION MODIFICATIVE ÉTABLISSEMENT(S) EXPLOITÉ(S) EMPLOYÉ(S) -TRAVAILLEUR(S) AUTONOME(S) (Formulaire S2.7)

Ce formulaire doit être rempli pour le(s) changement(s) suivant(s):

- ✓ La liste des établissements exploités* par la société.
- ✓ La liste des membres de l'Ordre qui exercent à l'un ou plusieurs établissement(s) exploité(s) par la société.
- ✓ Aux statuts des membres de l'Ordre qui exercent à l'un ou plusieurs établissement(s) 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.

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**.

1. Tout changement relatif au(x) établissement(s) exploité(s) **DOIT** avoir été déclaré au Registraire des entreprises du Québec au préalable.
2. Pour chaque établissement exploité par la société et déclaré dans ce formulaire, vous **DEVEZ** mettre à jour l'identité de **TOUS** les membres de l'Ordre qui y exercent en prenant soin d'indiquer le(s) statut(s) qui le concerne(nt) et en vous référant à la légende ci-dessous.
3. **Si plus d'un membre de l'Ordre** exerce ses activités de médecine dentaire au sein de la société et si cela n'a pas déjà été fait, un **répondant substitut de la société DOIT être désigné** et celui-ci **DOIT signer** la *Convention d'acceptation du répondant* – formulaire S2.6.
4. **Si le répondant** de la société **n'exerce pas** la profession **dans TOUS les établissements exploités** par la société et si cela n'a pas déjà été fait, un **répondant d'établissement exploité par la société DOIT être désigné pour chaque établissement où le répondant n'exerce pas**. Pour chaque établissement concerné, il **DOIT** remplir et signer la *Convention d'acceptation du répondant* – formulaire S2.6.
5. Les lieux d'exercice déclarés dans ce formulaire **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.

LÉGENDE DES STATUTS

| | | | |
|-----------|---------------------|-----------|---|
| A | Actionnaire/associé | D | Dirigeant (fonctions de gestion) |
| R | Répondant | E | Employé/salarié (dentiste à salaire) |
| RS | Répondant substitut | TA | Travailleur autonome (dentiste à pourcentage) |

EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

DÉCLARATION MODIFICATIVE ÉTABLISSEMENT(S) EXPLOITÉ(S) EMPLOYÉ(S) -TRAVAILLEUR(S) AUTONOME(S) (Formulaire S2.7)

Veillez transmettre votre formulaire dûment complété et signé, par courriel 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)

ÉTABLISSEMENT(S) EXPLOITÉ(S) PAR LA SOCIÉTÉ ET LISTE DE MEMBRE(S) QUI Y EXERCE(NT)

ÉTABLISSEMENT 1

- Ajout Avec modification
 Retrait Aucune modification

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL

LISTE DE(S) MEMBRE(S) DE L'ORDRE QUI EXERCE(NT) À CET ÉTABLISSEMENT

| NOM ET PRÉNOM | NUMÉRO DE PERMIS | STATUT(S) | | DATE EFFECTIVE | | |
|---------------|------------------|-----------|--|----------------|----|----|
| | | | | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |

ÉTABLISSEMENT 2

- Ajout Avec modification
 Retrait Aucune modification

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL

LISTE DE(S) MEMBRE(S) DE L'ORDRE QUI EXERCE(NT) À CET ÉTABLISSEMENT

| NOM ET PRÉNOM | NUMÉRO DE PERMIS | STATUT(S) | | DATE EFFECTIVE | | |
|---------------|------------------|-----------|--|----------------|----|----|
| | | | | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |

EXERCICE de la médecine dentaire EN SOCIÉTÉ

DÉCLARATION MODIFICATIVE ÉTABLISSEMENT(S) EXPLOITÉ(S) EMPLOYÉ(S) -TRAVAILLEUR(S) AUTONOME(S) (Formulaire S2.7)

ÉTABLISSEMENT(S) EXPLOITÉ(S) PAR LA SOCIÉTÉ ET LISTE DE MEMBRE(S) QUI Y EXERCE(NT) (SUITE)

ÉTABLISSEMENT 3

- Ajout Avec modification
 Retrait Aucune modification

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL

LISTE DE(S) MEMBRE(S) DE L'ORDRE QUI EXERCE(NT) À CET ÉTABLISSEMENT

| NOM ET PRÉNOM | NUMÉRO DE PERMIS | STATUT(S) | | DATE EFFECTIVE | | |
|---------------|------------------|-----------|--|----------------|----|----|
| | | | | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |

ÉTABLISSEMENT 4

- Ajout Avec modification
 Retrait Aucune modification

NOM DE LA CLINIQUE

NO RUE

MUNICIPALITÉ/VILLE

PROVINCE/ÉTAT CODE POSTAL

LISTE DE(S) MEMBRE(S) DE L'ORDRE QUI EXERCE(NT) À CET ÉTABLISSEMENT

| NOM ET PRÉNOM | NUMÉRO DE PERMIS | STATUT(S) | | DATE EFFECTIVE | | |
|---------------|------------------|-----------|--|----------------|----|----|
| | | | | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |
| | | | <input type="checkbox"/> ajout <input type="checkbox"/> retrait <input type="checkbox"/> modification <input type="checkbox"/> aucune modification | JJ | MM | AA |

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).