



Ordre des technologues
en **imagerie médicale**,
en **radio-oncologie** et en
électrophysiologie médicale
du Québec

CONFIDENTIEL

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENQUÊTE

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

PRÉNOM

NOM

ADRESSE RÉSIDENTIELLE

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE BUREAU

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

2. IDENTIFICATION DU TECHNOLOGUE EN IMAGERIE MÉDICALE OU EN RADIO-ONCOLOGIE OU EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE

IL EST POSSIBLE QUE VOUS NE SOYEZ PAS EN MESURE DE REMPLIR TOUTES LES CASES DE CETTE SECTION.

PRÉNOM

NOM

EMPLOYEUR (S'IL Y A LIEU) AU MOMENT DES FAITS REPROCHÉS

FONCTION OCCUPÉE AU MOMENT DES FAITS REPROCHÉS

ADRESSE AU BUREAU

TÉLÉPHONE BUREAU

JE SOUSSIGNÉ(E) _____ DÉCLARE QUE
(NOM EN LETTRES MOULÉES)

LES RENSEIGNEMENTS CI-HAUT MENTIONNÉS SONT EXACTS.

SIGNATURE : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

FAITES PARVENIR VOTRE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENQUÊTE
AU SYNDIC, **SOUS PLI CONFIDENTIEL**
À L'ADRESSE SUIVANTE :

SYNDIC
ORDRE DES TECHNOLOGUES EN IMAGERIE MÉDICALE, EN RADIO-ONCOLOGIE
ET EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE DU QUÉBEC
6455 RUE JEAN-TALON EST, BUREAU 401
SAINT-LÉONARD QC H1S 3E8