

DIRECTIVES

Veillez remplir cette déclaration en lettres moulées

Consultez le *Guide d'instructions concernant l'exercice en société des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie ou en électrophysiologie médicale du Québec* afin de vous assurer de remplir adéquatement la déclaration et de fournir les documents et renseignements requis.

1. Identification de la société

Nom de la société ou dénomination sociale

N°				Rue				Appartement/Bureau							
Municipalité/Ville				Province/État				Code postal				Pays			
Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)						Date d'immatriculation (Jour/Mois/Année)									

2. Autres noms/dénominations sociales utilisés par la société au Québec

3. Forme juridique de la société

- SENCRL** Société en nom collectif à responsabilité limitée
 SPA Société par actions

Est-ce une continuation d'une SENC (Société en nom collectif) en une SENCRL?

- Oui
 Non

Si oui, date à laquelle la continuation de la société a eu lieu :

Jour
Mois
Année

4. Autres établissements ou places d'affaires de la société

(Utiliser l'Annexe A au besoin. Indiquer ici le nombre de copies additionnelles jointes : _____)

Nom de l'établissement

N°				Rue				Appartement/Bureau							
Municipalité/Ville				Province/État				Code postal				Pays			

5. Informations sur le membre ou le répondant

Nom		Prénom	
Membre de l'Ordre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° Permis de l'OTIMROEPMQ <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	Activité professionnelle exercée au sein de la société : <hr/> Pourcentage des droits de vote détenus :	

Statut ou fonction au sein de la société (Cochez le(s) choix applicable(s)) :

- Actionnaire (SPA) Administrateur Associé (SENCRL) Employé
 Président Dirigeant Autre, précisez : _____

Adresse résidentielle

N°	Rue	Appartement/Bureau	
Municipalité/Ville	Province/État	Code postal	Pays

Adresse professionnelle

N°	Rue	Appartement/Bureau	
Municipalité/Ville	Province/État	Code postal	Pays

6. Informations sur les personnes physiques impliquées ou exerçant dans la société

(Utiliser l'Annexe B au besoin. Indiquer ici le nombre de copies additionnelles jointes : _____)

Nom		Prénom	
Membre de l'Ordre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° Permis de l'OTIMROEPMQ <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <hr/> Pourcentage des droits de vote détenus (le cas échéant) :	

Lien de parenté ou d'alliance avec un membre de l'OTIMROEPMQ (le cas échéant) :

Statut ou fonction au sein de la société (Cochez le(s) choix applicable(s)) :

- Actionnaire (SPA) Administrateur Associé (SENCRL) Employé
 Président Dirigeant Autre, précisez : _____

Adresse résidentielle

N°	Rue	Appartement/Bureau	
Municipalité/Ville	Province/État	Code postal	Pays

Adresse professionnelle

N°	Rue	Appartement/Bureau	
Municipalité/Ville	Province/État	Code postal	Pays



6. Informations sur les personnes physiques impliquées ou exerçant dans la société (suite)

Nom

Prénom

Membre de l'Ordre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° Permis de l'OTIMROEPMQ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Pourcentage des droits de vote détenus (le cas échéant) :

Statut ou fonction au sein de la société (Cochez le(s) choix applicable(s)) :

- Actionnaire (SPA)
 Administrateur
 Associé (SENCRL)
 Employé
 Président
 Dirigeant
 Autre, précisez : _____

Adresse résidentielle

N° Rue
Appartement/Bureau

Municipalité/Ville Pays Province/État Code postal

Adresse professionnelle

N° Rue
Appartement/Bureau

Municipalité/Ville Pays Province/État Code postal

7. Informations sur les personnes morales, fiduciaires ou autres entreprises impliquées dans la société

(Utiliser l'Annexe C au besoin. Indiquer ici le nombre de copies additionnelles jointes : _____)

1. Dénomination sociale ou nom de l'entité juridique : _____

2. Forme juridique de l'entité juridique : _____

3. N° d'entreprise du Québec (NEQ) (personne morale ou autre entreprise) : _____

4. Est-ce que cette entité est associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) ? Non Oui

(Dans l'affirmative, veuillez nous indiquer le pourcentage des droits de vote détenus : _____)

5. Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs (personne morale ou autre entreprise) ou liste des fiduciaires (fiducie).

Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs (personne morale ou autre entreprise) ou liste des fiduciaires (fiducie).					
Nom de l'associé, de l'actionnaire, de l'administrateur ou du fiduciaire	Implication dans l'entité juridique actionnaire	Membre de l'OTIMROEPMQ	Lien de rattachement	Administrateur	Exercice au sein de la société
Personne morale ou autre entreprise : indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique. Fiducie : Indiquez le nom du fiduciaire.	Cochez la case appropriée et (lorsqu'il ne s'agit pas d'une fiducie) indiquez le pourcentage de droits de vote détenus dans l'entité juridique.	S'il s'agit d'une personne physique, indiquez si cette personne est membre de l'OTIMROEPMQ. Dans l'affirmative, inscrivez son n° de permis.	S'il s'agit d'une personne physique, cochez la case appropriée et précisez le lien de rattachement avec le médecin détenant des droits de vote dans la société identifiée à la section 2 de la déclaration.	S'il s'agit d'une personne physique, indiquez si cette personne va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration.	S'il s'agit d'une personne physique, indiquez si cette personne va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration.
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus : _____ %	<input type="checkbox"/> Non membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ N° de permis : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié Lien de rattachement : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus : _____ %	<input type="checkbox"/> Non membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ N° de permis : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié Lien de rattachement : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus : _____ %	<input type="checkbox"/> Non membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ N° de permis : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié Lien de rattachement : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus : _____ %	<input type="checkbox"/> Non membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ N° de permis : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié Lien de rattachement : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration

8. Frais

Montant de 208 \$ plus taxes = 239.15 \$

Chèque

9. Documents à fournir à l'OTIMROEPMQ

Cocher les cases appropriées et joindre les documents requis

	ESPACE RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'OTIMROEPMQ		
	Reçu	Conforme	Note
SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE			
<input type="checkbox"/> Confirmation écrite d'une autorité compétente attestant que la société fait l'objet d'une garantie de responsabilité professionnelle conforme à la section II du Règlement (assurance excédentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Si SENC continuée en SENCRL : Copie certifiée conforme de la déclaration donnée par le Registraire des entreprises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Confirmation écrite attestant que la société est dûment immatriculée au Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Confirmation écrite attestant que la société maintient un établissement au Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOCIÉTÉ PAR ACTIONS

<input type="checkbox"/> Confirmation écrite d'une autorité compétente attestant que la société fait l'objet d'une garantie de responsabilité professionnelle en vertu de la section II du Règlement (assurance excédentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Confirmation écrite donnée par l'autorité compétente attestant l'existence de la société (CIDREQ, STRATEGIS ou autre);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Confirmation écrite attestant que la société est dûment immatriculée au Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Confirmation écrite attestant que la société maintient un établissement au Québec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Confirmation écrite

Nom du membre/répondant dûment autorisé par la société

Nom de la société

Au nom de la société, j'atteste que les actions ou les parts sociales détenues ainsi que les règles d'administration de la société respectent les conditions prévues au *Règlement*.

Signature :

Date : _____
 Jour Mois Année



11. Autorisation écrite irrévocable

Nom du membre/répondant dûment autorisé par la société

Nom de la société

Au nom de la société, je donne le droit à une personne, un comité, une instance disciplinaire ou un tribunal visé à l'article 192 du *Code des professions* d'exiger de toute personne la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 15 du *Règlement* ou d'une copie d'un tel document.

Signature : <input type="text"/>	Date : _____ Jour Mois Année
---	--

RAPPEL DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 15 DU RÈGLEMENT

Les documents pour lesquels le membre ou le répondant est autorisé par la société de les communiquer ou d'en obtenir copie suivant le paragraphe 6° de l'article 2 sont les suivants :

Si le technologue en imagerie médicale, en radio-oncologie ou en électrophysiologie médicale exerce au sein d'une SOCIÉTÉ PAR ACTIONS	Si le technologue en imagerie médicale, en radio-oncologie ou en électrophysiologie médicale exerce au sein d'une SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE
1. Le registre complet et à jour des statuts et règlements de la société au sein de laquelle il exerce	1. La déclaration d'immatriculation de la société et sa mise à jour
2. Le registre complet et à jour des actions de la société	2. Le contrat de la société et ses modifications
3. Le registre complet et à jour des administrateurs de la société	3. Le registre complet et à jour des associés de la société
4. Toute convention entre actionnaires et entente de votes et toute modification afférente	4. Le cas échéant, le registre complet et à jour des administrateurs de cette société
5. La déclaration d'immatriculation de la société et sa mise à jour	5. Le nom des principaux dirigeants de cette société et leur adresse résidentielle
6. Le nom des principaux dirigeants de cette société et leur adresse domiciliaire	

12. Certification

Nom de la personne autorisée (en majuscule ou en lettres moulées)

J'atteste que je suis la personne autorisée par la société à signer la présente déclaration, que les renseignements déclarés sont vrais et que les documents exigés accompagnent la présente déclaration.

Signature : <input type="text"/>	Date : _____ Jour Mois Année
---	--



Avez-vous :

- ▶ Complété toutes les sections de la déclaration, en vous assurant de l'exactitude des renseignements déclarés ?
- ▶ Joint la déclaration et les annexes, le cas échéant ?
- ▶ Joint le chèque au montant requis ?
- ▶ Fourni tous les documents requis ?
- ▶ Rempli, signé et daté les sections 10, 11 et 12 ?

Transmettre le tout à l'intention de :

M^e Jessica Deschamps-Maheu

Directrice des affaires professionnelles et juridiques

Courriel : apj@otimroepmq.ca

Ordre des technologues en imagerie médicale,
en radio-oncologie et en
électrophysiologie médicale du Québec,
6455 rue Jean-Talon Est, bureau 401
Saint-Léonard, Québec, H1S 3E8

ANNEXE A

NOMS ET ADRESSES DES AUTRES ÉTABLISSEMENTS OU PLACES D'AFFAIRES DE LA SOCIÉTÉ

Nom de la société ou dénomination sociale :									
Adresse :									
N°		Rue				Appartement/Bureau			
Municipalité/Ville			Province/État			Code postal		Pays	

Nom de la société ou dénomination sociale :									
Adresse :									
N°		Rue				Appartement/Bureau			
Municipalité/Ville			Province/État			Code postal		Pays	

Nom de la société ou dénomination sociale :									
Adresse :									
N°		Rue				Appartement/Bureau			
Municipalité/Ville			Province/État			Code postal		Pays	

Nom de la société ou dénomination sociale :									
Adresse :									
N°		Rue				Appartement/Bureau			
Municipalité/Ville			Province/État			Code postal		Pays	

Nom de la société ou dénomination sociale :									
Adresse :									
N°		Rue				Appartement/Bureau			
Municipalité/Ville			Province/État			Code postal		Pays	

ANNEXE B

LISTE DE TOUTES LES PERSONNES PHYSIQUES IMPLIQUÉES OU EXERÇANT DANS LA SOCIÉTÉ

INFORMATIONS SUR LES PERSONNES PHYSIQUES			
Nom		Prénom	
Membre de l'Ordre	N° Permis de l'OTIMROEPMQ	Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Non		Pourcentage des droits de vote détenus (le cas échéant) :	
Lien de parenté ou d'alliance avec un membre de l'OTIMROEPMQ (le cas échéant) :			
Statut ou fonction au sein de la société (Cochez le(s) choix applicable(s)) :			
<input type="checkbox"/> Actionnaire (SPA)	<input type="checkbox"/> Administrateur	<input type="checkbox"/> Associé (SENCRL)	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Président	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
Adresse résidentielle*			
N°	Rue	Appartement/Bureau	
Municipalité/Ville	Province/État	Code postal	Pays
Adresse professionnelle			
N°	Rue	Appartement/Bureau	
Municipalité/Ville	Province/État	Code postal	Pays
Nom		Prénom	
Membre de l'Ordre	N° Permis de l'OTIMROEPMQ	Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Non		Pourcentage des droits de vote détenus (le cas échéant) :	
Lien de parenté ou d'alliance avec un membre de l'OTIMROEPMQ (le cas échéant) :			
Statut ou fonction au sein de la société (Cochez le(s) choix applicable(s)) :			
<input type="checkbox"/> Actionnaire (SPA)	<input type="checkbox"/> Administrateur	<input type="checkbox"/> Associé (SENCRL)	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Président	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
Adresse résidentielle*			
N°	Rue	Appartement/Bureau	
Municipalité/Ville	Province/État	Code postal	Pays
Adresse professionnelle			
N°	Rue	Appartement/Bureau	
Municipalité/Ville	Province/État	Code postal	Pays

LISTE DE TOUTES LES PERSONNES MORALES, FIDUCIES OU AUTRES ENTREPRISES IMPLIQUÉES DANS LA SOCIÉTÉ

INFORMATIONS SUR LES PERSONNES MORALES, FIDUCIES OU AUTRES ENTREPRISES

1. Dénomination sociale ou nom de l'entité juridique : _____

2. Forme juridique de l'entité juridique : _____

3. N° d'entreprise du Québec (NEQ) (personne morale ou autre entreprise) : _____

4. Est-ce que cette entité est associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA)? Non Oui

(Dans l'affirmative, veuillez nous indiquer le pourcentage des droits de vote détenus : _____)

5. Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs (personne morale ou autre entreprise) ou liste des fiduciaires (fiducie).

Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs (personne morale ou autre entreprise) ou liste des fiduciaires (fiducie).					
Nom de l'associé, de l'actionnaire, de l'administrateur ou du fiduciaire	Implication dans l'entité juridique actionnaire	Membre de l'OTIMROEPMQ	Lien de rattachement	Administrateur	Exercice au sein de la société
Personne morale ou autre entreprise : indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique. Fiducie : Indiquez le nom du fiduciaire.	Cochez la case appropriée et (lorsqu'il ne s'agit pas d'une fiducie) indiquez le pourcentage de droits de vote détenus dans l'entité juridique.	S'il s'agit d'une personne physique, indiquez si cette personne est membre de l'OTIMROEPMQ. Dans l'affirmative, inscrivez son n° de permis.	S'il s'agit d'une personne physique, cochez la case appropriée et précisez le lien de rattachement avec le médecin détenant des droits de vote dans la société identifiée à la section 2 de la déclaration.	S'il s'agit d'une personne physique, indiquez si cette personne va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration.	S'il s'agit d'une personne physique, indiquez si cette personne va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration.
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus : _____ %	<input type="checkbox"/> Non membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ N° de permis : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié Lien de rattachement : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus : _____ %	<input type="checkbox"/> Non membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ N° de permis : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié Lien de rattachement : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus : _____ %	<input type="checkbox"/> Non membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ N° de permis : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié Lien de rattachement : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus : _____ %	<input type="checkbox"/> Non membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ N° de permis : _____	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié Lien de rattachement : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration