



# Déclaration modificative

afin d'être autorisé à exercer la profession de  
technologue en imagerie médicale, en radio-oncologie  
ou en électrophysiologie médicale en société

## DIRECTIVES

Veillez remplir cette déclaration en lettres moulées.

Veillez remplir uniquement les sections où une modification doit être effectuée. Les sections 1 et 13 doivent être remplies obligatoirement.

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

Date de la déclaration modificative (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_

Jour Mois Année

Date de validité (jj/mm/aaaa) ESPACE RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'OTIMROEPMQ

\_\_\_\_\_

Jour Mois Année

## 1. Renseignements obligatoires

Dénomination sociale ou non de la société

\_\_\_\_\_

N° Rue Appartement/Bureau

\_\_\_\_\_

Municipalité/Ville Province/État Code postal Pays

\_\_\_\_\_

Nom, prénom du membre/répondant Numéro du membre

\_\_\_\_\_

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)

J'exerce mes activités professionnelles au Québec

\_\_\_\_\_

## 2. Identification du répondant ou du membre (le cas échéant)

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

Nom, prénom du membre/répondant

\_\_\_\_\_

Numéro du membre

\_\_\_\_\_

J'exerce mes activités professionnelles au Québec

\_\_\_\_\_



## 7. Autres établissements ou place d'affaires de la société

Utilisez l'Annexe A au besoin. Indiquer ici le nombre de copies additionnelles jointes : \_\_\_\_\_)

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

Nom de l'établissement

N° Rue Appartement/Bureau

Municipalité/Ville Province/État Code postal Pays

## 8. 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 : \_\_\_\_\_)

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

Nom Prénom

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

- Associé  Administrateur  
 Actionnaire  Dirigeant  
 Président  Employé

Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société ?

- Oui  Non

Pourcentage des droits de vote détenus (le cas échéant) :

Membre de l'Ordre

- Oui  Non

N° de membre

Lien de parenté ou d'alliance (le cas échéant) :

### 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

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

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

Nom Prénom

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

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

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Associé     | <input type="checkbox"/> Administrateur |
| <input type="checkbox"/> Actionnaire | <input type="checkbox"/> Dirigeant      |
| <input type="checkbox"/> Président   | <input type="checkbox"/> Employé        |

Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société ?

- Oui  Non

Pourcentage des droits de vote détenus (le cas échéant) :

Membre de l'Ordre

- Oui  Non

N° de membre

Lien de parenté ou d'alliance (le cas échéant) :

### 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

|  |
|--|
|  |
|--|

## 9. Information sur les personnes morales, fiducies ou autres entreprises impliquées dans la société

(Utiliser l'Annexe C au besoin indiquer ici le nombre de copies additionnelles jointes : \_\_\_\_\_)

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

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  |
| <b>Personne morale ou autre entreprise :</b> indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.<br><b>Fiducie :</b> 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.     | <b>S'il s'agit d'une personne physique :</b> indiquez si cette personne est membre de l'OTIMROEPMQ. Dans l'affirmative, inscrivez son n° de permis. | <b>S'il s'agit d'une personne physique :</b> 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. | <b>S'il s'agit d'une personne physique :</b> indiquez si cette personne va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration. | <b>S'il s'agit d'une personne physique :</b> indiquez si cette personne va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration. |
| Nature de la modification : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Retrait   |   |   |   |  |   |
| <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> Associé<br><input type="checkbox"/> Actionnaire<br><input type="checkbox"/> Fiduciaire<br>Droits de vote détenus : _____ % | <input type="checkbox"/> Non membre<br><input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ<br>N° de permis : _____                                      | <input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Allié<br>Lien de rattachement : _____  | <input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration       |
| Nature de la modification : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Retrait   |   |   |   |  |   |
| <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> Associé<br><input type="checkbox"/> Actionnaire<br><input type="checkbox"/> Fiduciaire<br>Droits de vote détenus : _____ % | <input type="checkbox"/> Non membre<br><input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ<br>N° de permis : _____                                      | <input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Allié<br>Lien de rattachement : _____  | <input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration       |
| Nature de la modification : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Retrait   |   |   |   |  |   |
| <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> Associé<br><input type="checkbox"/> Actionnaire<br><input type="checkbox"/> Fiduciaire<br>Droits de vote détenus : _____ % | <input type="checkbox"/> Non membre<br><input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ<br>N° de permis : _____                                      | <input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Allié<br>Lien de rattachement : _____  | <input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration       |
| Nature de la modification : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Retrait   |   |   |   |  |   |
| <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> Associé<br><input type="checkbox"/> Actionnaire<br><input type="checkbox"/> Fiduciaire<br>Droits de vote détenus : _____ % | <input type="checkbox"/> Non membre<br><input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ<br>N° de permis : _____                                      | <input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Allié<br>Lien de rattachement : _____  | <input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration       |





## Avez-vous :

---

- ▶ Complété toutes les sections de la déclaration où il y avait une modification ?
- ▶ Rempli, signé et daté les sections 1 et 13 ?
- ▶ Joint le chèque au montant requis ?
- ▶ Fourni tous les documents requis mentionnés à la section 12 ?

Transmettre le tout à l'intention de :

**M<sup>e</sup> Jessica Deschamps-Maheu**

Directrice des affaires professionnelles et juridiques

Courriel : [apj@otimroepmq.ca](mailto: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

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

Nom de l'établissement :

Adresse :

N° Rue Appartement/Bureau

Municipalité/Ville Province/État Code postal Pays

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

Nom de l'établissement :

Adresse :

N° Rue Appartement/Bureau

Municipalité/Ville Province/État Code postal Pays

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

Nom de l'établissement :

Adresse :

N° Rue Appartement/Bureau

Municipalité/Ville Province/État Code postal Pays

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

Nom de l'établissement :

Adresse :

N° Rue Appartement/Bureau

Municipalité/Ville Province/État Code postal Pays



## ANNEXE B

### LISTE DE TOUTES LES PERSONNES PHYSIQUES DE LA SOCIÉTÉ

Nature de la modification :  Ajout  Retrait  Correction (inscrire uniquement les informations nouvelles)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

- Actionnaire (SPA)  Administrateur  
 Associé (SENCRL)  Dirigeant  
 Président  Employé  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société ?

Oui  Non

Pourcentage des droits de vote détenus (le cas échéant) :

Membre de l'Ordre

Oui  Non

N° de membre

Lien de parenté ou d'alliance (le cas échéant) :

#### 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 \_\_\_\_\_

Nature de la modification :  Ajout  Retrait  Correction (inscrire uniquement les informations nouvelles)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

- Actionnaire (SPA)  Administrateur  
 Associé (SENCRL)  Dirigeant  
 Président  Employé  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

Cette personne exerce-t-elle sa profession au sein de la société ?

Oui  Non

Pourcentage des droits de vote détenus (le cas échéant) :

Membre de l'Ordre

Oui  Non

N° de membre

Lien de parenté ou d'alliance (le cas échéant) :

#### 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 \_\_\_\_\_

## ANNEXE C

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

Nature de la modification :  Ajout  Correction  Retrait

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  |
| <b>Personne morale ou autre entreprise :</b> indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.<br><b>Fiducie :</b> 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.     | <b>S'il s'agit d'une personne physique :</b> indiquez si cette personne est membre de l'OTIMROEPMQ. Dans l'affirmative, inscrivez son n° de permis. | <b>S'il s'agit d'une personne physique :</b> 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. | <b>S'il s'agit d'une personne physique :</b> indiquez si cette personne va agir à titre d'administratrice de la société identifiée à la section 2 de la déclaration. | <b>S'il s'agit d'une personne physique :</b> indiquez si cette personne va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration. |
| Nature de la modification : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Retrait   |   |   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Associé<br><input type="checkbox"/> Actionnaire<br><input type="checkbox"/> Fiduciaire<br>Droits de vote détenus : _____ % | <input type="checkbox"/> Non membre<br><input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ<br>N° de permis : _____                                      | <input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Allié<br>Lien de rattachement : _____  | <input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration       |
| Nature de la modification : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Retrait   |   |   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Associé<br><input type="checkbox"/> Actionnaire<br><input type="checkbox"/> Fiduciaire<br>Droits de vote détenus : _____ % | <input type="checkbox"/> Non membre<br><input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ<br>N° de permis : _____                                      | <input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Allié<br>Lien de rattachement : _____  | <input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration       |
| Nature de la modification : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Retrait   |   |   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Associé<br><input type="checkbox"/> Actionnaire<br><input type="checkbox"/> Fiduciaire<br>Droits de vote détenus : _____ % | <input type="checkbox"/> Non membre<br><input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ<br>N° de permis : _____                                      | <input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Allié<br>Lien de rattachement : _____  | <input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration       |
| Nature de la modification : <input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Retrait   |   |   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> Associé<br><input type="checkbox"/> Actionnaire<br><input type="checkbox"/> Fiduciaire<br>Droits de vote détenus : _____ % | <input type="checkbox"/> Non membre<br><input type="checkbox"/> Membre de l'OTIMROEPMQ<br>N° de permis : _____                                      | <input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Allié<br>Lien de rattachement : _____  | <input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, elle va exercer sa profession au sein de la société identifiée à la section 2 de la déclaration       |