

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 auto;"></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 auto;"></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 500 \$ plus taxes = **574.88 \$**

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

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

ANNEXE C

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