COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

MANUEL D'INSTRUCTIONS

Le présent manuel d'instructions est un outil pour assister la personne qui complète la Déclaration modificative afin d'être autorisé à exercer la profession médicale en société (ci-après «Déclaration modificative»). L'obligation de produire la Déclaration modificative découle de l'application du Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société (ci-après «Règlement») et son texte a préséance sur le présent manuel d'instructions. Il faut consulter les statuts constitutifs de la société par actions ou le contrat constituant la société en nom collectif à responsabilité limitée afin de s'assurer de l'exactitude des informations à déclarer.

La Déclaration modificative peut être imprimée et remplie en lettres moulées, ou elle peut aussi être sauvegardée et remplie à l'écran avant d'être imprimée. Elle doit être transmise par la poste au Collège des médecins du Québec (ci-après «Collège»), à l'ordre du Secrétaire adjoint, et être dûment signée et accompagnée de tous les documents requis.

***Mise à jour annuelle** Le médecin doit mettre à jour à chaque année au moment du paiement de sa cotisation annuelle les renseignements concernant la société. Une section concernant l'exercice de la profession médicale en société est incluse dans la Déclaration annuelle. Des frais de 25$ seront alors facturés.*

***Mise à jour courante** Le médecin doit aviser par écrit le secrétaire du Collège de toute modification aux renseignements transmis dans sa Déclaration afin d'être autorisé à exercer la profession médicale en société. Cet avis doit être transmis par la Déclaration modificative et doit être reçu par le secrétaire du Collège dans les trente (30) jours suivant la modification. Le médecin doit notamment aviser de l'ajout d'associés ou d'actionnaires, de l'annulation de la garantie visée à la section III du Règlement (ci-après «garantie excédentaire»), de la dissolution, de la cession de biens, de la faillite, de la liquidation volontaire ou forcée de la société ou de toute cause de nature à constituer un empêchement de poursuivre ses activités auprès de la société.*

SECTION 1 – MEMBRE / RÉPONDANT

*La personne qui complète la Déclaration modificative inscrit **obligatoirement** le nom, le prénom et le numéro de permis du membre / répondant. Ce dernier est obligatoirement un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre.*

Conformément à l'article 17 du Règlement, le répondant peut, au nom des médecins exerçant au sein de la société, remplir les conditions prévues à l'article 3 lorsque la société au sein de laquelle il exerce sa profession comporte plus d'un médecin. Le répondant est alors mandaté par ces médecins pour répondre aux demandes formulées, en application du Règlement, par le syndic, un syndic adjoint, un syndic correspondant, un inspecteur, un enquêteur, un membre du comité d'inspection professionnelle ou un autre représentant du Collège et pour fournir, le cas échéant, les documents que les médecins sont tenus de transmettre. Le répondant doit s'assurer de l'exactitude des renseignements fournis au Collège.

SECTION 2 - IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

*La personne qui complète la Déclaration modificative inscrit **obligatoirement** le nom ou la dénomination sociale de la société, le numéro d'entreprise au Québec de la société (NEQ), ainsi que l'adresse complète de son siège, de son principal établissement ou de sa principale place d'affaires si l'adresse est différente.*

SECTION 3 - AUTRES NOMS OU DÉNOMINATIONS SOCIALES UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ

***Si la société procède à l'ajout, à la correction ou au retrait d'un nom ou d'une dénomination sociale autre que le nom ou la dénomination sociale déclaré à la section 2**, la personne qui complète la Déclaration modificative coche la case appropriée et inscrit le(s) nom(s) ou la ou les dénomination(s) sociale(s) visé(s) par ces changements. Il est à noter que tous les noms et dénominations sociales utilisés doivent être déclarés.*

SECTION 4 – FORME JURIDIQUE DE LA SOCIÉTÉ

***Si la société a fait l'objet d'une annulation de la garantie visée à la section III du Règlement, a été dissoute, a fait l'objet d'une cession de biens, d'une faillite, d'une liquidation volontaire ou forcée ou si la société a fait l'objet d'une modification de sa forme juridique**, la personne qui complète la Déclaration modificative doit cocher la case appropriée et préciser la date de l'événement. Également, lorsque la société a fait l'objet d'une modification de sa forme juridique, la nature de la modification apportée doit obligatoirement être précisée.*

***Si la société procède à la correction ou au remplacement de la nature des activités professionnelles exercées au sein de la société,** la personne qui complète la Déclaration modificative coche la case appropriée et inscrit les informations corrigées ou nouvelles. Ces activités se doivent d'être des activités professionnelles médicales.*

SECTION 5 – NOM ET ADRESSE COMPLÈTE DES AUTRES ÉTABLISSEMENTS / PLACES D'AFFAIRES

Si la société procède à l'ajout, à la correction ou au retrait d'un établissement ou d'une place d'affaires déclaré à la section 5 de la Déclaration afin d'être autorisé à exercer la profession médicale en société*, la personne qui complète la Déclaration modificative doit inscrire le nom et l'adresse complète de cet établissement ou place d'affaires de la société. Tous les établissements et places d'affaires de la société doivent être déclarés au Collège. Il faut utiliser l'annexe A en cas de manque d'espace.*

> ***Le bureau ou la clinique d'un médecin*** *constitue un établissement et doit être indiqué à la déclaration. Quant à* ***l'hôpital*** *auquel un médecin est rattaché pour l'exercice de sa profession, celui-ci ne constitue pas un établissement, à moins que la société y possède un bureau identifié à son nom ou une ligne téléphonique ou une adresse postale ou s'il s'agit du seul lieu où le médecin exerce ses activités.*

SECTION 6 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PERSONNES PHYSIQUES AYANT UN RÔLE DANS LA SOCIÉTÉ (ASSOCIÉ OU ACTIONNAIRE, DIRIGEANT, ADMINISTRATEUR, EMPLOYÉ ET AUTRES)

Si la société procède à la modification des informations fournies au Collège *relativement à l'une des personnes physiques ayant un rôle dans la société, la personne qui complète la Déclaration modificative doit compléter la ou les sous-section(s) appropriée(s) et répondre à toutes les questions pour chacune de ces personnes. Tous les associés ou actionnaires, administrateurs, dirigeants et employés doivent être déclarés. À noter que le terme «employés» vise uniquement les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre. Les «autres employés» (ex. secrétaire) n'ont pas à être déclarés.*

> ***La sous-section MEMBRE / RÉPONDANT*** *doit être complétée seulement lorsqu'il y a remplacement du membre / répondant ou lorsque la société désire procéder à la correction des informations fournies au Collège relativement à cette personne.*
>
> ***La sous-section PERSONNE PHYSIQUE*** *doit être complétée seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une ou de plusieurs personne(s) physique(s) autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant ces personnes. Utilisez l'annexe B en cas de manque d'espace.*
>
> *On entend par* ***«parent»*** *toutes les personnes unies à une autre par un lien de parenté; c'est-à-dire toutes les personnes comprises dans la famille d'un médecin qui est associé ou actionnaire dans la société. On entend par* ***«allié»*** *toutes les personnes unies par alliance; l'alliance étant le lien civil que le mariage fait naître entre chacun des époux et les parents de l'autre. Toute la parenté de chacun des deux devient, par l'effet du mariage, commune à l'autre à titre d'alliance. À noter que le* ***conjoint de fait*** *d'un médecin peut détenir des actions ou des parts sociales sans droit de vote dans la société, et que la parenté du conjoint de fait peut aussi détenir des actions ou des parts sociales sans droit de vote dans la société*

SECTION 7 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PERSONNES MORALES OU AUTRES ENTREPRISES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ

Si la société procède à l'ajout, le retrait ou la correction d'une ou de plusieurs des personne(s) morale(s) ou autre(s) entreprise(s*) détenant des actions ou des parts sociales dans la société, la personne qui complète la Déclaration modificative doit cocher la ou les case(s) appropriée(s) et répondre à toutes les questions pour chaque personne morale ou autre entreprise. Il faut utiliser l'annexe C en cas de manque d'espace.*

> ***Lorsque les actions ou les parts sociales de la personne morale ou de l'entreprise sont détenues par une autre entité juridique****, il faut indiquer la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique associée ou actionnaire dans la colonne du tableau intitulée « Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur » et compléter l'annexe C pour cette autre entité juridique.*

SECTION 8 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES FIDUCIES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ

Si la société procède à l'ajout, le retrait ou la correction d'une ou de plusieurs fiducie(s) *détenant des actions ou des parts sociales dans la société, la personne qui complète la Déclaration modificative doit cocher la ou les case(s) appropriée(s) et répondre à toutes les questions pour chaque fiducie. Il faut utiliser l'annexe D en cas de manque d'espace. .*

SECTION 9 – ATTESTATION D'ASSURANCE EXCÉDENTAIRE

Si la situation de la société a changé relativement à l'attestation d'assurance excédentaire requise*, la personne qui complète la Déclaration modificative doit cocher la case appropriée et joindre à ladite déclaration la confirmation écrite exigée lorsque la lettre générale de l'ACPM transmise au Collège n'est pas applicable.*

> ***Lorsque la société est formée d'un seul médecin membre de l'ACPM qui exercera au sein de la société,*** *celui-ci doit communiquer avec l'ACPM afin de vérifier si la lettre générale est applicable. Si elle l'est, elle équivaut alors à l'attestation d'assurance requise et aucun document n'est à joindre à la Déclaration modificative.*
>
> ***Lorsque la société est formée de plusieurs médecins membres de l'ACPM qui exerceront au sein de la société, chaque médecin doit communiquer avec l'ACPM*** *afin d'obtenir une confirmation écrite attestant que la société fait l'objet d'une assurance excédentaire.* ***Il faut alors joindre la confirmation écrite de l'ACPM pour chaque médecin qui exercera au sein de la société****.*

Lorsque la société est formée d'un ou de plusieurs médecins non-membre(s) de l'ACPM qui exercera ou exerceront au sein de la société, *il faut communiquer avec l'assureur privé ou autre autorité compétente afin d'obtenir une confirmation écrite attestant que la société fait l'objet d'une assurance excédentaire.* ***Il faut alors joindre la confirmation écrite de l'assureur ou autre autorité compétente pour chaque médecin qui exercera au sein de la société****.*

AVERTISSEMENT *: Conformément au Règlement, il est de la responsabilité du médecin exerçant sa profession au sein de la société de fournir et de maintenir pour cette dernière une garantie contre la responsabilité qu'elle peut encourir en raison des fautes ou négligences commises par le médecin dans l'exercice de sa profession. Le médecin doit s'assurer de maintenir cette garantie en tout temps ou s'assurer que la société demeure éligible à l'aide de l'ACPM s'il a transmis au Collège une preuve que la société est éligible à cette aide en vertu de l'article 14 du Règlement. La garantie et la confirmation écrite de l'ACPM, de l'assureur privé ou de l'autorité compétente doivent être conformes aux exigences prévues à la section III du Règlement.*

SECTION 10 – FRAIS EXIGIBLES

S'il y a ajout d'un médecin membre du Collège qui exercera au sein de la société*, la personne qui complète la Déclaration modificative doit cocher la case et joindre le chèque requis au montant de 250,00$ pour chaque médecin membre du Collège qui exercera au sein de la société. Il doit s'agir d'un chèque à l'ordre du Collège des médecins du Québec.*

SECTION 11 – CERTIFICATION, AUTORISATION ÉCRITE IRRÉVOCABLE ET CONFIRMATIONS

Le membre / répondant doit apposer son nom et prénom, son adresse domiciliaire, sa signature, ainsi que la date*.*

Par sa signature, le membre / répondant atteste qu'il est la personne autorisée par la société à signer la Déclaration modificative, que les renseignements déclarés sont complets, conformes et exacts et que les documents requis accompagnent ladite Déclaration. Il confirme, au nom de la société, que les conditions prévues à l'article 1 du Règlement sont respectées et donne droit, au nom de la société, aux personnes, comités et tribunal visés à l'article 192 du Code des professions, d'exiger de toute personne qui en a la garde la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 15 du Règlement ou d'une copie d'un tel document. Finalement, il atteste, au nom de la société, que les actions ou les parts sociales détenues ainsi que les règles d'administration de la société respectent les conditions prévues au Règlement.

SECTION 12 – AIDE-MÉMOIRE

La personne qui complète la Déclaration modificative doit cocher les cases et s'assurer qu'elle a effectué les gestes indiqués. ***La Déclaration modificative et les documents requis doivent être retournés au Collège, à l'attention du Secrétaire adjoint, au 2170 boul. René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec), H3H 2T8, Canada.***

Pour toute autre information supplémentaire, il faut s'adresser à la ***Direction des Services juridiques du Collège au (514) 933-4441 poste 5282, ou sans frais au 1 (888) 633-3246 poste 5282, ou par télécopieur au (514) 933-3276.***

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

DÉCLARATION MODIFICATIVE

AVERTISSEMENT : *Cette Déclaration modificative a pour but de modifier ou de corriger une « Déclaration afin d'être autorisé à exercer la profession médicale en société » déjà déposée au Collège. Veuillez remplir uniquement les sections où une mise à jour est requise, ainsi que les sections 1, 2 et 11 obligatoirement.*

** Veuillez utiliser des caractères d'imprimerie afin de compléter la Déclaration modificative.*

1 – MEMBRE / RÉPONDANT (Veuillez compléter obligatoirement cette section.)

Nom du membre / répondant (Prénom, Nom) **:**	**N° de permis :**

2 – IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ (Veuillez compléter obligatoirement cette section.)

Nom ou dénomination sociale :			
NEQ (Numéro d'entreprise au Québec émis par le Registraire des entreprises) **:**			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

3 –AUTRES NOMS OU DÉNOMINATIONS SOCIALES UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ (Veuillez cocher la case appropriée et inscrire uniquement les informations modifiées.)

Nom(s) ou dénomination(s) sociale(s) :

☐ Ajout ☐ Correction ☐ Retrait

☐ Ajout ☐ Correction ☐ Retrait

4 – FORME JURIDIQUE DE LA SOCIÉTÉ (Veuillez cocher la case appropriée et inscrire uniquement les informations modifiées.)

Forme juridique :

La société a fait l'objet d'une annulation de la garantie visée à la section III du Règlement en date du

La société a été dissoute en date du

La société a fait l'objet d'une cession de biens, d'une faillite, d'une liquidation volontaire ou forcée en date du

La société a fait l'objet d'une modification de sa forme juridique en date du

Veuillez préciser la nature de la modification (Ce champ est **obligatoire** si la société a fait l'objet d'une modification de sa forme juridique)

Nature des activités professionnelles exercées au sein de la société :

☐ Correction (Inscrire uniquement les informations corrigées) ☐ Remplacement (Inscrire uniquement les informations nouvelles)

5 – NOM ET ADRESSE COMPLÈTE DE TOUS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS / PLACES D'AFFAIRES (Utiliser l'**annexe A** au besoin)
(Veuillez cocher la case appropriée et inscrire uniquement les informations modifiées)

☐ Ajout ☐ Correction ☐ Retrait

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

6 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PERSONNES PHYSIQUES AYANT UN RÔLE DANS LA SOCIÉTÉ (ASSOCIÉ OU ACTIONNAIRE, DIRIGEANT, ADMINISTRATEUR, EMPLOYÉ ET AUTRES) (Utiliser l'**annexe B** au besoin)

MEMBRE / RÉPONDANT (À compléter seulement lorsqu'il y a remplacement du membre / répondant ou lorsque la société désire procéder à la correction des informations fournies au Collège relativement à cette personne.)

☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Remplacement (Inscrire uniquement les informations nouvelles)

1. **Nom du membre / répondant** (Prénom, Nom) **:**
2. N° permis CMQ :
3. Quel est votre statut ou fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Exercerez-vous votre profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Êtes-vous membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez votre n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

7 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PERSONNES MORALES OU AUTRES ENTREPRISES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ (Utiliser l'**annexe C** au besoin)

PERSONNE MORALE OU AUTRE ENTREPRISE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne morale ou autre entreprise, ou lorsque des corrections sont apportées à une personne morale ou autre entreprise.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom ou dénomination sociale :**

2. Forme juridique :

3. N° d'entreprise du Québec (NEQ) :

4. Est-elle associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) dans la société? ☐ Non ☐ Oui
(Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable)) : ____ %)

5. **Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs**

Vous devez donner la liste de tous les associés ou actionnaires et les administrateurs de la personne morale ou l'entreprise. Lorsque les actions ou les parts sociales de la personne morale ou de l'entreprise sont détenues par une autre entité juridique, veuillez indiquer la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique associée ou actionnaire dans la colonne intitulée « Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur » du tableau ci-dessous et compléter l'**annexe C ou D** pour cette autre entité juridique.

Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs de la personne morale ou autre entreprise			
Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur	**Implication**	**Membre du Collège des médecins du Québec**	**Lien de rattachement**
Indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.	*Cochez la case appropriée et indiquez le pourcentage de droits de vote détenus, si applicable.*	***S'il s'agit d'une personne physique**, indiquez si cette personne est membre de l'Ordre. 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.*
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:

8 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES FIDUCIES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ (Utiliser l'**annexe D** au besoin)

FIDUCIE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une fiducie, ou lorsque des corrections sont apportées à une fiducie.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la fiducie :**

2. Est-elle associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) dans la société? ☐ Non ☐ Oui
   (Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable)) : %)

3. **Liste des fiduciaires**

Nom du fiduciaire	**Membre du Collège des médecins du Québec**	**Lien de rattachement**
Indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.	***S'il s'agit d'une personne physique**, indiquez si cette personne est membre de l'Ordre. 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.*
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:

9 – ATTESTATION D'ASSURANCE EXCÉDENTAIRE (Cocher la case appropriée uniquement si la situation de la société a changée relativement à l'attestation d'assurance excédentaire requise et joindre, s'il y a lieu, la confirmation écrite exigée)

☐ **La Société est formée d'un seul médecin membre de l'ACPM qui exercera au sein de la société mentionnée à la section 2.**

→ Il faut communiquer avec l'ACPM afin de vérifier si la lettre générale de l'ACPM transmise au Collège est applicable.
→ Si la lettre générale de l'ACPM est applicable, elle équivaut alors à l'attestation d'assurance requise et aucun document n'est à joindre.
→ Si la lettre générale de l'ACPM n'est pas applicable, il faut joindre une copie de la «Déclaration d'admissibilité de l'ACPM».

☐ **La Société est formée de plusieurs médecins membres de l'ACPM qui exerceront au sein de la société mentionnée à la section 2.**

→ Chaque médecin doit communiquer avec l'ACPM afin d'obtenir une confirmation écrite attestant que la société fait l'objet d'une garantie de responsabilité professionnelle en vertu de la section III du Règlement.
→ Il faut joindre une copie de la confirmation écrite de l'ACPM, c'est-à-dire la «Déclaration d'adminissibilité de l'ACPM», pour chaque médecin qui exercera au sein de la société.

☐ **La société est formée d'un ou de plusieurs médecins non-membre(s) de l'ACPM qui exercera ou exerceront au sein de la société mentionnée à la section 2.**

→ Le ou les médecin(s) doit (doivent) communiquer avec l'assureur privé ou toute autre autorité compétente afin d'obtenir une confirmation écrite attestant que la société fait l'objet d'une garantie de responsabilité professionnelle en vertu de la section III du Règlement.
→ Il faut joindre une copie de la confirmation écrite de l'assureur privé ou de toute autre autorité compétente pour chaque médecin qui exercera au sein de la société.

AVERTISSEMENT : *Conformément au Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société, il est de la responsabilité du médecin exerçant sa profession au sein de la société de fournir et de maintenir pour cette dernière une garantie contre la responsabilité qu'elle peut encourir en raison des fautes ou négligences commises par le médecin dans l'exercice de sa profession. Le médecin doit s'assurer de maintenir cette garantie en tout temps ou s'assurer que la société demeure éligible à l'aide de l'ACPM s'il a transmis au Collège une preuve que la société est éligible à cette aide en vertu de l'article 14 du Règlement. La garantie et la confirmation écrite de l'ACPM, de l'assureur privé ou de l'autorité compétente doivent être conformes aux exigences prévues à la section III du Règlement.*

10 – FRAIS EXIGIBLES (Cocher la case uniquement s'il y a ajout d'un ou de plusieurs médecin(s) membre(s) du Collège qui exercera(ont) au sein de la société et joindre, s'il y a lieu, le chèque exigé)

☐ **Chèque requis au montant de 250,00$ pour chaque médecin membre du Collège qui exercera au sein de la société.**
(À L'ORDRE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC)

11 – CERTIFICATION, AUTORISATION ÉCRITE IRRÉVOCABLE ET CONFIRMATIONS (Veuillez compléter obligatoirement cette section)

Nom du membre / répondant dûment autorisé par la société

Je

N^{o}, rue, municipalité, ville, province, code postal et pays

Domicilié au

- Atteste que je suis la personne autorisée par la société à signer la présente déclaration, que les renseignements déclarés sont complets, conformes et exacts et que les documents requis accompagnent la présente déclaration;
- Au nom de la société mentionnée à la section 2 de la présente déclaration, confirme que les conditions prévues à l'article 1 du Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société sont respectées, notamment celles prévues au premier alinéa de l'article 1 du Règlement;
- Au nom de la société mentionnée à la section 2 de la présente déclaration, donne le droit aux personnes, comités et tribunal visés à l'article 192 du Code des professions, d'exiger de toute personne qui en a la garde la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 15 du Règlement ou d'une copie d'un tel document;
- Au nom de la société mentionnée à la section 2 de la présente déclaration, atteste que les actions ou les parts sociales détenues ainsi que les règles d'administration de la société respectent les conditions prévues au *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*.

Signature :	**Date** :

12 – AIDE-MÉMOIRE (Cocher les cases et s'assurer d'avoir effectué tous les gestes indiqués)

☐ J'ai complété toutes les sections de la Déclaration modificative où une mise à jour doit être effectuée, ainsi que les sections 1, 2 et 9 et je me suis assuré que les renseignements déclarés sont complets, conformes et exacts.	***RETOURNEZ AU :*** ***Collège des médecins du Québec*** ***2170, boulevard René-Lévesque Ouest*** ***Montréal Québec H3H 2T8*** ***Canada*** ***À l'attention du Secrétaire adjoint***
☐ J'ai joint les pages 1 à 6 de la Déclaration modificative et les annexes (s'il y a lieu).	
☐ J'ai joint à la Déclaration modificative, lorsque requise, la confirmation écrite exigée à la section 9.	
☐ J'ai joint à la Déclaration modificative, s'il y a ajout d'un ou de plusieurs médecin(s) membre(s) du Collège qui exercera(ont) au sein de la société, le chèque au montant exigé, soit de 250,00$ pour chaque médecin membre qui exercera au sein de la société.	
☐ J'ai apposé ma signature, la date et les informations demandées à la section 12 de la Déclaration modificative.	

RAPPEL DES ARTICLES 1 ET 15 DU RÈGLEMENT SUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE EN SOCIÉTÉ

Les documents pour lesquels le médecin obtient l'autorisation de la société de les communiquer ou d'en obtenir copie sont les suivants :

Si le médecin exerce au sein d'une ***SOCIÉTÉ PAR ACTIONS***	*Si le médecin exerce au sein d'une* ***SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE***
a) le registre complet et à jour des statuts et règlements de la société au sein de laquelle il exerce, des actions de la société et des administrateurs de la société; *b) toute convention entre actionnaires et entente de votes et toute modification afférente;* *c) la déclaration d'immatriculation de la société et sa mise à jour;* *d) le nom des principaux dirigeants de cette société et l'adresse de leur domicile professionnel.*	*a) la déclaration d'immatriculation de la société et sa mise à jour;* *b) le contrat de société et ses modifications;* *c) le registre complet et à jour des associés de la société et, le cas échéant, le registre complet et à jour des administrateurs de cette société;* *d) le nom des principaux dirigeants de cette société et l'adresse de leur domicile professionnel.*

La totalité des droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sociales de la société est détenue :

a) soit par au moins 1 médecin;
b) soit par une personne morale, une fiducie ou une autre entreprise dont les droits de vote rattachés aux actions, aux parts sociales ou aux titres de participation sont détenus en totalité par au moins un médecin;
c) soit par une fiducie dont au moins 50% des droits de vote rattachés aux titres de participation est détenu par au moins un médecin et au plus 50% par un seul des professionnels suivants : un administrateur agréé, un avocat, un comptable agréé, un comptable général accrédité, un comptable en management accrédité ou un notaire.
d) soit à la fois par des personnes, fiducies ou entreprises visées aux sous-paragraphes a, b ou c.

Les seules personnes ou entreprises, outre celles visées au paragraphe 1, qui détiennent des actions ou des parts sociales de la société sont :

a) des médecins;
b) le conjoint, des parents ou alliés d'un médecin détenant les droits visés au paragraphe 1;
c) des personnes morales, fiducies ou autres entreprises dont les droits de vote rattachés aux actions, aux parts sociales ou aux titres de participation sont détenus en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphes a ou b;
d) une fiducie dont au moins 50% des droits de vote rattachés aux titres de participation est détenu par des personnes visées aux sous-paragraphes a ou b et au plus 50% par un seul des professionnels suivants : un administrateur agréé, un avocat, un comptable agréé, un comptable général accrédité, un comptable en management accrédité ou un notaire;
e) soit à la fois par une personne, une entreprise ou une fiducie visées aux sous-paragraphes a, b, c ou d;

Les seules les administrateurs du conseil d'administration de la société par actions, ainsi que les associés ou les administrateurs nommés par les associés pour gérer les affaires de la société en nom collectif à responsabilité limitée ne peuvent être que des médecins.

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ANNEXE A

NOM ET ADRESSE COMPLÈTE DE TOUS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS / PLACES D'AFFAIRES

☐ Ajout ☐ Correction ☐ Retrait

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

☐ Ajout ☐ Correction ☐ Retrait

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

☐ Ajout ☐ Correction ☐ Retrait

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

☐ Ajout ☐ Correction ☐ Retrait

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

☐ Ajout ☐ Correction ☐ Retrait

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ANNEXE B

LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES <u>PERSONNES PHYSIQUES</u> AYANT UN RÔLE DANS LA SOCIÉTÉ

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne physique autre que le membre / répondant, ou lorsque des corrections sont apportées concernant une personne.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez son n° d'adhésion

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ANNEXE C

LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PERSONNES MORALES OU AUTRES ENTREPRISES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ

PERSONNE MORALE OU AUTRE ENTREPRISE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une personne morale ou autre entreprise, ou lorsque des corrections sont apportées à une personne morale ou autre entreprise.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom ou dénomination sociale :**
2. Forme juridique :
3. N° d'entreprise du Québec (NEQ) :
4. Est-elle associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) dans la société? ☐ Non ☐ Oui
   (Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable)) : ____ %)
5. **Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs**

Vous devez donner la liste de tous les associés ou actionnaires et les administrateurs de la personne morale ou l'entreprise. Lorsque les actions ou les parts sociales de la personne morale ou de l'entreprise sont détenues par une autre entité juridique, veuillez indiquer la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique associée ou actionnaire dans la colonne intitulée « Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur » du tableau ci-dessous et compléter l'**annexe C ou D** pour cette autre entité juridique.

Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs de la personne morale ou autre entreprise			
Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur	**Implication**	**Membre du Collège des médecins du Québec**	**Lien de rattachement**
Indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.	*Cochez la case appropriée et indiquez le pourcentage de droits de vote détenus, si applicable.*	***S'il s'agit d'une personne physique**, indiquez si cette personne est membre de l'Ordre. 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.*
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ANNEXE D

LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES FIDUCIES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ

FIDUCIE (À compléter *seulement lorsqu'il y a ajout ou retrait d'une fiducie, ou lorsque des corrections sont apportées à une fiducie.)*

☐ Ajout ☐ Correction (Inscrire uniquement les informations nouvelles) ☐ Retrait

1. **Nom de la fiducie :**

2. Est-elle associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) dans la société? ☐ Non ☐ Oui
   (Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable)) : ____ %)
3. **Liste des fiduciaires**

Nom du fiduciaire	**Membre du Collège des médecins du Québec**	**Lien de rattachement**
Indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.	***S'il s'agit d'une personne physique**, indiquez si cette personne est membre de l'Ordre. 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.*
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession: