

DÉCLARATION ANNUELLE DE MODIFICATIONS À LA SOCIÉTÉ

Règlement sur l'exercice de la profession d'audioprothésiste en société, A-33, r. 6.1 - Code des professions, RLRQ, c. C-26, a.93, par. g et h et a. 94, par. p)

SECTION 1 Information sur la Société

Nom de la Société *(Le nom de la société ne doit pas être numérique ni comporter le nom d'un fabricant de prothèses auditives.)

*Si le changement concerne un changement de nom de la société, inscrire le nouveau nom:

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) **

**Si le changement concerne un changement de NEQ, inscrire le nouveau NEQ et remplir le formulaire [Déclaration d'exercice de la profession d'audioprothésiste en société par actions \(SPA\) ou en société en nom collection à responsabilité limitée \(SENCRL\)](#) :

Nom et prénom du répondant (ou du substitut) : _____

Numéro de membre : |__|__|__|

Répondant Substitut

Section 1.1 Identification de la Société

Modification - Oui Non

Ancien nom de la Société :

Ancien numéro d'entreprise du Québec (NEQ):

Nouveau nom de la Société:

Nouveau numéro d'entreprise du Québec (NEQ) :

1.2 Siègne de la Société (nouvelle adresse seulement)

Modification - Oui Non

No civique : _____ Rue : _____

Casier postal : _____ Étage : _____ Appartement ou bureau : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

Code postal (zip code) : _____

1.3 Autres établissements (places d'affaires) de la Société

Modification - Oui Non

Nature de la modification : Ajout Correction Retrait

Nom de l'établissement :

No civique : _____ Rue : _____

Casier postal : _____ Étage : _____ Appartement ou bureau : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

Code postal (zip code) : _____

Nature de la modification : Ajout Correction Retrait

Nom de l'établissement :

No civique : _____ Rue : _____

Casier postal : _____ Étage : _____ Appartement ou bureau : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

Code postal (zip code) : _____

Veillez joindre des copies additionnelles de la section 1.3 au besoin (Annexe A) et indiquer le nombre de copies additionnelles jointes : _____

1.4 Autre(s) nom(s) utilisé(s) au Québec par la Société :

Modification - Oui Non

_____ Ajout Retrait
_____ Ajout Retrait
_____ Ajout Retrait
_____ Ajout Retrait

1.5 Forme juridique de la Société

Modification - Oui Non

La Société a été dissoute en date du : _____

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

Précisez la nature de la modification : _____

SECTION 2 Information sur les personnes physiques de la Société

Pour conserver son droit d'exercer ses activités professionnelles au sein d'une société, l'audioprothésiste doit informer l'Ordre sans délai de toute modification aux informations transmises dans le formulaire « Déclaration d'exercice de la profession d'audioprothésiste en société par actions (SPA) ou en société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) » qui auraient pour effet d'affecter le respect des conditions prévues à l'article 3 du Règlement.

Modification - Oui Non

Nature de la modification : Ajout Correction Retrait

Nom		Prénom	
_____		_____	
Adresse résidentielle :			
Numéro	Rue	Appartement	
_____	_____	_____	
Ville	Province	Code postal	Pays
(____) _____	(____) _____	_____	_____
Téléphone	Télécopieur	Courriel	
_____	_____	_____	
Exerce-t-elle sa profession au sein de la Société ? [<input type="checkbox"/>] OUI [<input type="checkbox"/>] NON			
Pourcentage d'actions ou de parts sociales <u>avec</u> droit de vote ? : _____ %			
Pourcentage d'actions ou de parts sociales <u>sans</u> droit de vote ? : _____ %			
QUALITÉ			
[<input type="checkbox"/>] Audioprothésiste Numéro de membre : _____			
[<input type="checkbox"/>] Autre (Préciser le lien de parenté avec l'audioprothésiste): _____			
STATUT OU FONCTION AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (cochez le(s) choix applicable(s))			
[<input type="checkbox"/>] Administrateur [<input type="checkbox"/>] Dirigeant [<input type="checkbox"/>] Associé [<input type="checkbox"/>] Actionnaire [<input type="checkbox"/>] Employé			
[<input type="checkbox"/>] Autre (préciser) : _____			

Veillez joindre des copies additionnelles de la section 2 au besoin (Annexe B) et indiquer le nombre de copies additionnelles jointes : _____

IMPORTANT

L'audioprothésiste qui exerce ses activités professionnelles au sein d'une société doit, pour être autorisé à exercer ses activités professionnelles conformément au Règlement, fournir et maintenir, pour cette société, soit par contrat d'assurance ou de cautionnement, soit par l'adhésion à une assurance collective contractée par l'Ordre, une garantie contre la responsabilité que cette société peut encourir en raison des fautes commises par un audioprothésiste dans l'exercice de ses activités professionnelles au sein de cette société (article 9 du Règlement).

SECTION 3 Information sur les personnes morales, fiduciaires et autres entreprises détenant des actions ou des parts sociales dans la Société

Pour conserver son droit d'exercer ses activités professionnelles au sein d'une société, l'audioprothésiste doit informer l'Ordre sans délai de toute modification aux informations transmises dans le formulaire « Déclaration d'exercice de la profession d'audioprothésiste en société par actions (SPA) ou en société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) » qui auraient pour effet d'affecter le respect des conditions prévues à l'article 3 du Règlement.

Modification - Oui Non

Nature de la modification : Ajout Correction Retrait

Dénomination sociale ou nom de l'entité juridique				Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)			

Siège social :							
Numéro		Rue			Bureau		
_____		_____			_____		
Ville		Province		Code postal		Pays	
_____		_____		_____		_____	
(_____) _____		(_____) _____		_____			
Téléphone		Télécopieur		Courriel			
_____		_____		_____			
Pourcentage d'actions ou de parts sociales <u>avec</u> droit de vote ? : _____ %							
Pourcentage d'actions ou de parts sociales <u>sans</u> droit de vote ? : _____ %							
FORME JURIDIQUE							
[] Personne morale [] Fiducie []							
Autre entreprise: _____							
Noms des détenteurs des actions				Numéro de membre ou lien de parenté avec membre			

Veillez joindre des copies additionnelles de la section 3 au besoin (Annexe C) et indiquer le nombre de copies additionnelles jointes : _____

SECTION 4 Personnes mandatées et engagement du répondant ou de son substitut

Modification - Oui Non

4.1 Répondant *

Modification - Oui Non

Nom de l'ancien répondant : _____

Prénom de l'ancien répondant : _____

No de membre: |__|__|__|

La Société mandate la personne suivante pour agir à titre de répondant :

Nom : _____

Prénom : _____

No de membre: |__|__|__|

L'audioprothésiste mandaté exerce ses activités professionnelles au Québec au sein de la Société.

4.2 Substitut *

Modification - Oui Non

Nom de l'ancien substitut : _____

Prénom de l'ancien substitut : _____

No de membre: |__|__|__|

La Société mandate la personne suivante pour agir à titre de substitut :

Nom : _____

Prénom : _____

No de membre : |__|__|__|

L'audioprothésiste mandaté exerce ses activités professionnelles au Québec au sein de la Société.

* IMPORTANT : Le répondant et le substitut doivent être désignés conformément à l'article 7 du [Règlement sur l'exercice de la profession d'audioprothésiste en société](#).

5. AUTORISATION ÉCRITE IRRÉVOCABLE (Remplir en lettres majuscules)

Je _____ au nom de _____,
Nom du membre / Répondant Nom de la société

S'engage à donner aux personnes, comités, au conseil ou au tribunal visés à l'article 192 du *Code des professions*, d'exiger de tout associé ou actionnaire la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 11 du *Règlement sur l'exercice de la profession d'audioprothésiste en société* ou d'une copie de tel document.

Signature

Date

6. DÉCLARATION SOLENNELLE (Remplir en lettres majuscules)

Je _____
Nom du membre / Répondant

Affirme solennellement que je suis membre de l'Ordre, dûment autorisé(e) à signer la présente déclaration et que les renseignements déclarés et les documents requis accompagnant la présente sont complets, conformes et exacts et j'atteste que la détention des parts ou actions ainsi que les règles d'administrations de la société respectent les conditions du *Règlement sur l'exercice de la profession d'audioprothésiste en société*.

Signature

Date

Affirmée solennellement devant moi à _____, ce ____^e jour de _____
20____

Commissaire à l'assermentation

IMPORTANT

- ◇ Joindre à ce formulaire les documents au soutien des modifications apportées.
- ◇ Envoyer le tout au secrétariat de l'Ordre des audioprothésistes du Québec :

Ordre des audioprothésistes du Québec
1001, rue Sherbrooke Est, bureau 820, Montréal (Québec) H2L 1L3
T 514-640-5117 / 1-866-676-5117 F 514-640-5117

info@audioprothesistes.org

ANNEXE A – Modification aux autres établissements (places d'affaires) de la Société

Nature de la modification : Ajout Correction Retrait

Nom de l'établissement :

No civique : _____ Rue : _____

Casier postal : _____ Étage : _____ Appartement ou bureau : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

Code postal (zip code) : _____

Nature de la modification : Ajout Correction Retrait

Nom de l'établissement :

No civique : _____ Rue : _____

Casier postal : _____ Étage : _____ Appartement ou bureau : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

Code postal (zip code) : _____

Nature de la modification : Ajout Correction Retrait

Nom de l'établissement :

No civique : _____ Rue : _____

Casier postal : _____ Étage : _____ Appartement ou bureau : _____

Ville : _____ Province ou État : _____

Code postal (zip code) : _____

ANNEXE B – Modification aux informations sur les personnes physiques de la Société

Nom _____		Prénom _____	
Adresse résidentielle :			
_____	_____	_____	
Numéro	Rue	Appartement	
_____	_____	_____	_____
Ville	Province	Code postal	Pays
(____) _____	(____) _____	_____	
Téléphone	Télocopieur	Courriel	
Exerce-t-elle sa profession au sein de la Société ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Pourcentage d'actions ou de parts sociales <u>avec</u> droit de vote ? : _____ %			
Pourcentage d'actions ou de parts sociales <u>sans</u> droit de vote ? : _____ %			
QUALITÉ			
<input type="checkbox"/> Audioprothésiste Numéro de membre : _____			
<input type="checkbox"/> Autre (Préciser le lien de parenté avec l'audioprothésiste): _____			
STATUT OU FONCTION AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (cochez le(s) choix applicable(s))			
<input type="checkbox"/> Administrateur <input type="checkbox"/> Dirigeant <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Employé			
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			

ANNEXE C – Modification aux informations sur les personnes morales, fiduciaires et autres entreprises détenant des actions ou des parts sociales dans la Société

Dénomination sociale ou nom de l'entité juridique				Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)			

Siège social :							
Numéro		Rue			Bureau		
_____		_____			_____		
Ville		Province		Code postal		Pays	
_____		_____		_____		_____	
(_____) _____		(_____) _____		_____			
Téléphone		Télécopieur		Courriel			
Pourcentage d'actions ou de parts sociales <u>avec</u> droit de vote ? : _____ %							
Pourcentage d'actions ou de parts sociales <u>sans</u> droit de vote ? : _____ %							
FORME JURIDIQUE							
[] Personne morale [] Fiducie []							
Autre entreprise: _____							
Noms des détenteurs des actions				Numéro de membre ou lien de parenté avec membre			

