



**DÉCLARATION D'EXERCICE DE LA PROFESSION D'AUDIOPROTHÉSISTE EN SOCIÉTÉ PAR ACTIONS (SPA)
OU EN SOCIÉTÉ À NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (SENCRL)**

1. IDENTIFICATION DE L'AUDIOPROTHÉSISTE

Nom _____ Prénom _____ Numéro de membre _____

Déclaration personnelle
 Déclaration à titre de répondant

2. FORME JURIDIQUE DE LA SOCIÉTÉ

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

Date de constitution : _____

3. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

Dénomination sociale ou nom de la Société (ne devant pas être numérique ni comporter le nom d'un fabricant de prothèses auditives) :

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) : _____

Adresse du siège social :

Numéro

Rue

Bureau

Ville

Province

Code postal

Pays

(____) _____

Téléphone

(____) _____

Télécopieur

Courriel

4. AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) (place(s) d'affaires) DE LA SOCIÉTÉ

Nom de l'établissement : _____

Numéro _____ Rue _____ Bureau _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Pays _____

(____) _____ (____) _____
Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Nom de l'établissement : _____

Numéro _____ Rue _____ Bureau _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Pays _____

(____) _____ (____) _____
Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Nom de l'établissement : _____

Numéro _____ Rue _____ Bureau _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Pays _____

(____) _____ (____) _____
Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

5. AUTRE(S) NOM(S) UTILISÉ(S) AU QUÉBEC PAR LA SOCIÉTÉ

6. AUDIOPROTHÉSISTE RÉPONDANT AUTORISÉ PAR LA SOCIÉTÉ

Nom complet du membre / Répondant (Nom, prénom)

Numéro de membre

Adresse résidentielle :

Numéro

Rue

Appartement

Ville

Province

Code postal

Pays

Lieu principal d'exercice :

Numéro

Rue

Bureau

Ville

Province

Code postal

Pays

(____)

Téléphone

(____)

Télécopieur

Courriel

7. AUDIOPROTHÉSISTE SUBSTITUT AUTORISÉ PAR LA SOCIÉTÉ

Nom complet du membre / substitut (Nom, prénom)

Numéro de membre

Adresse résidentielle :

Numéro

Rue

Appartement

Ville

Province

Code postal

Pays

Lieu principal d'exercice :

Numéro

Rue

Bureau

Ville

Province

Code postal

Pays

(____)

Téléphone

(____)

Télécopieur

Courriel

* Un répondant et un substitut doivent être désignés pour agir pour l'ensemble des audioprothésistes y exerçant afin de remplir les conditions prévues aux articles 4 et 6 du *Règlement sur l'exercice de la profession d'audioprothésiste en société* (L.R.Q., c. C-26, a. 93, par. g et h et a. 94, par. p). Le répondant et le substitut doivent être des audioprothésistes et exercer leurs activités professionnelles au Québec au sein de la société.

8. Informations sur les personnes physiques de la Société

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 ? OUI NON

Pourcentage d'actions ou de parts sociales avec droit de vote ? : _____ %

Pourcentage d'actions ou de parts sociales sans droit de vote ? : _____ %

QUALITÉ

Audioprothésiste Numéro de membre : _____

Autre (Préciser le lien de parenté avec l'audioprothésiste): _____

STATUT OU FONCTION AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (cochez le(s) choix applicable(s))

Administrateur Dirigeant Associé Actionnaire Employé

Autre (préciser) : _____

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? OUI NON

Pourcentage d'actions ou de parts sociales avec droit de vote ? : _____ %

Pourcentage d'actions ou de parts sociales sans droit de vote? : _____ %

QUALITÉ

Audioprothésiste Numéro de membre : _____

Autre (Préciser le lien de parenté avec l'audioprothésiste : _____

STATUT OU FONCTION AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (cochez le(s) choix applicable(s))

Administrateur Dirigeant Associé Actionnaire Employé

Autre (préciser) : _____

9. Informations sur les personnes morales, fiducies 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 avec droit de vote ? : _____ %

Pourcentage d'actions ou de parts sociales sans droit de vote ? : _____ %

FORME JURIDIQUE

Personne morale Fiducie Autre entreprise: _____

Noms des détenteurs des actions _____ Numéro de membre ou lien de parenté avec membre _____

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 avec droit de vote ? : _____ %

Pourcentage d'actions ou de parts sociales sans droit de vote ? : _____ %

FORME JURIDIQUE

Personne morale Fiducie Autre entreprise: _____

Noms des détenteurs des actions _____ Numéro de membre ou lien de parenté avec membre _____

10. ATTESTATION D'ASSURANCE

Fournir un document écrit d'une autorité compétente attestant que la société fait l'objet d'une garantie conforme à la section III du *Règlement sur l'exercice de la profession d'audioprothésiste en société*.

11. DOCUMENT REQUIS (Joindre le(s) document(s) requis correspondant à la case cochée)

- Dans le cas d'une société par actions (SPA), un document écrit de l'autorité compétente attestant l'existence de la société.
- Un document écrit de l'autorité compétente attestant que la société est dûment immatriculée au Québec.
- Un document écrit attestant que la société maintient un établissement au Québec;
- Le cas échéant, une copie certifiée conforme de la déclaration donnée par l'autorité compétente, indiquant que la société en nom collectif a été continuée en société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL).

12. FRAIS EXIGIBLES

DÉCLARATION INITIALE (art. 4.1) : 250.00 \$ plus TPS & TVQ

RENOUVELLEMENT ANNUEL (art. 6.1) : 125.00 \$ plus TPS & TVQ

(Émettre le chèque au nom de l'Ordre des audioprothésistes du Québec et le joindre à votre demande).

13. 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

14. 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 _____ 201____

 Commissaire à l'assermentation