



**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 :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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  NONPourcentage 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  NONPourcentage 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) : \_\_\_\_\_

Veuillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer le nombre de copies additionnelles jointes : \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Commissaire à l'assermentation