

LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR LA DÉCLARATION:

- Veuillez consulter le *Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute en société* (ci-après «*Règlement*»).
- Une déclaration modificatrice doit être produite pour chaque société d'inhalothérapeutes dont la Déclaration annuelle d'exercice de la profession d'inhalothérapeute fait l'objet de modification.
- La déclaration est produite par l'inhalothérapeute répondant de la société.

1 NOUVELLE IDENTIFICATION DU MEMBRE OU RÉPONDANT*

Nom du membre/répondant s'il y a lieu (prénom, nom)

N° de membre de l'OPIQ

Adresse domiciliaire

N°

Rue

Municipalité/Ville

Province

Code postal

Pays

Statut au sein de la société

* **Rappel: l'article 9 du *Règlement* stipule que «lorsque plusieurs inhalothérapeutes exercent leurs activités professionnelles au sein d'une même société, une seule déclaration peut être faite par un répondant pour l'ensemble des inhalothérapeutes de cette société». Le répondant doit être un inhalothérapeute associé, administrateur, dirigeant ou actionnaire de la société. La déclaration du répondant est réputée constituer la déclaration de chacun des inhalothérapeutes. L'inhalothérapeute demeure toutefois responsable de l'exactitude des renseignements fournis en vertu de l'article 8.**

2 NOUVELLE IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

Nom ou dénomination sociale

Numéro d'entreprise du Québec/NEQ (émis par le Registre des entreprises)

Date d'immatriculation

Si **SENCRL**, l'adresse du principal établissement au Québec

N°

Rue

Municipalité/Ville

Province

Code postal

Pays

Si **SPA**, l'adresse du siège social

N°

Rue

Municipalité/Ville

Province

Code postal

Pays

3**AUTRES NOMS OU DÉNOMINATIONS SOCIALES UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ**
(À remplir seulement si les noms ou dénominations sociales sont différents de la section 2.)

(À compléter seulement si les noms ou dénominations sociale sont différents de la section 2)

Nom(s) ou dénomination(s) sociale(s)

4**FORME JURIDIQUE DE LA SOCIÉTÉ**

Forme juridique de la société (cochez la case appropriée)

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

Est-ce une continuation d'une SENC en une SENCRL (cochez la case appropriée)?

- Oui
 Non

Si oui, date à laquelle la continuation de la société a eu lieu

Date de constitution ou de transformation de la société

Nature des activités professionnelles exercées au sein de la société

5**NOUVEAU NOM ET NOUVELLE ADRESSE COMPLÈTE DE TOUS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS /
PLACE D'AFFAIRES AU QUÉBEC**

Nom ou dénomination sociale

Adresse

N°

Rue

Municipalité/Ville

Province

Code postal

6 LISTE OBLIGATOIRE DES NOUVELLES PERSONNES PHYSIQUES IMPLIQUÉES OU EXERÇANT DANS LA SOCIÉTÉ
(Indiquer ici le nombre de copies additionnelles jointes :)

Nom de la personne physique (prénom, nom)

Membre de l'Ordre	N° de membre de l'OPIQ	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 ou de parts sociales (le cas échéant) <input type="text"/> %

Lien de parenté ou d'alliance avec un membre de l'OPIQ (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
Municipalité/Ville Province Code postal

Adresse professionnelle

N° Rue
Municipalité/Ville Province Code postal

Nom de la personne physique (prénom, nom)

Membre de l'Ordre	N° de membre de l'OPIQ	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 ou de parts sociales (le cas échéant) <input type="text"/> %

Lien de parenté ou d'alliance avec un membre de l'OPIQ (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
Municipalité/Ville Province Code postal

Adresse professionnelle

N° Rue
Municipalité/Ville Province Code postal

LISTE OBLIGATOIRE DE LA OU DES NOUVELLE(S) PERSONNE(S) MORALE(S), FIDUCIES OU AUTRES ENTREPRISES IMPLIQUÉES DANS LA SOCIÉTÉ (À remplir seulement lorsqu'une ou des personnes morales, fiducie(s) ou autres) entreprises(s) détiennent des actions ou des parts sociales dans la société.)

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 juridique 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)**

Dans le cas d'une personne morale ou d'une autre entreprise, vous devez lister tous les associés ou actionnaires et les administrateurs de cette personne morale ou entreprise. Lorsque les actions ou les parts sociales de l'entité juridique 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 intitulée « Nom de l'associé, de l'actionnaire, de l'administrateur ou du fiduciaire » du tableau ci-dessous.

Dans le cas d'une fiducie, vous devez identifier tous les fiduciaires (il n'est pas requis de lister les bénéficiaires).

Tableau 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'OPIQ	Lien de rattachement
<i>Indiquez le nom de la personne physique (prénom, nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.</i>	<i>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.</i>	<i>S'il s'agit d'une personne physique, indiquez si cette personne est membre de l'OPIQ. Dans l'affirmative, indiquez son numéro de permis.</i>	<i>S'il s'agit d'une personne physique, cochez la case appropriée et précisez le lien de rattachement avec l'inhalothérapeute détenant des droits de vote dans la société identifiée à la section 2 de la déclaration.</i>
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus si applicable <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> Non-membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OPIQ N° de membre de l'OPIQ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié <input type="checkbox"/> Professionnel Lien de rattachement ou profession
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus si applicable <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> Non-membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OPIQ N° de membre de l'OPIQ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié <input type="checkbox"/> Professionnel Lien de rattachement ou profession
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus si applicable <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> Non-membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OPIQ N° de membre de l'OPIQ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié <input type="checkbox"/> Professionnel Lien de rattachement ou profession
	<input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Actionnaire <input type="checkbox"/> Fiduciaire Droits de vote détenus si applicable <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> Non-membre <input type="checkbox"/> Membre de l'OPIQ N° de membre de l'OPIQ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Allié <input type="checkbox"/> Professionnel Lien de rattachement ou profession

8 ATTESTATION D'ASSURANCE EXCÉDENTAIRE

RAPPEL Conformément à l'article 11 du *Règlement*, il est de la responsabilité du membre exerçant sa profession au sein de la société de fournir et de maintenir pour cette société une garantie contre la responsabilité que cette société peut encourir en raison des fautes ou négligences commises par les inhalothérapeutes dans l'exercice de leur profession au sein de cette société.

La société détient la garantie prévue à la section III du *Règlement*

Joindre à la déclaration la confirmation écrite de l'assureur ou autre autorité compétente pour chaque inhalothérapeute qui exercera au sein de la société.

CONFIRMATION ÉCRITE

Article 8 Paragraphe 7:

Je _____ au nom de la société

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 de l'inhalothérapeute en société*.

Signature _____ Date (année/mois/jour) _____

CONFIRMATION

Article 8 Paragraphe 7:

Je _____ au nom de la société

Confirme que les conditions du premier alinéa des articles 4 et 5 du *Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute* sont respectées.

Signature _____ Date (année/mois/jour) _____

ATTESTATION

À l'exception des informations fournies conformément aux paragraphes 1 et 4 de l'article 8 du *Règlement sur l'exercice de la profession d'inhalothérapeute en société* (cette exception ne s'applique qu'aux répondants), je déclare solennellement que les informations fournies au présent formulaire sont véridiques et je me suis assuré que celui-ci soit entièrement complété, de plus, je joins tous les documents exigés. Je m'engage à aviser l'Ordre de tout changement conformément au *Règlement*. Je comprends que toute fausse déclaration ou déclaration incomplète pourra entraîner des conséquences importantes.

Nom du membre/répondant _____

Signature du membre/répondant _____

Date (année/mois/jour) _____