

DÉCLARATION ANNUELLE AVEC MODIFICATION

DÉCLARATION MODIFICATIVE



ORDRE
DES PODIATRES
DU QUÉBEC

Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre

Exercice de la profession de podiatre en société 2019-2020

DIRECTIVES

La Déclaration annuelle avec modification doit être remplie et les frais exigibles acquittés avant le 31 mars de chaque année par le membre ou le répondant afin de conserver le droit d'exercer ses activités professionnelles en société.

La Déclaration modificative doit être remplie et les frais exigibles acquittés dès que le podiatre constate que la société fait l'objet de toute modification qui a un impact sur les informations reçues depuis la dernière déclaration.

Le podiatre qui constate que l'une des conditions au *Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société* ou au *Code des professions* n'est plus satisfaite doit prendre les mesures nécessaires pour s'y conformer, à défaut de quoi, il cesse d'être autorisé à exercer ses activités professionnelles au sein de la société.

SECTION 1

1. IDENTIFICATION DU MEMBRE / RÉPONDANT (champs obligatoires)

Membre Répondant

NOM DU MEMBRE / RÉPONDANT

N° DE PERMIS

ACCEPTATION DU RÉPONDANT ET ASSERMENTATION (À remplir seulement si le membre répondant de la société a été remplacé)

- Remplacement du membre
 Remplacement du répondant

JE,

NOM DU MEMBRE / RÉPONDANT (PRÉNOM, NOM)

N° de permis

- Affirme être associé ou administrateur et actionnaire avec droit de vote.
 Être podiatre et exercer mes activités professionnelles au Québec au sein de la société
 Avoir accepté mon mandat en date du :

X
SIGNATURE DU RÉPONDANT

AAAA/MM/JJ

Assermenté devant moi :

à (ville) _____ , ce _____ jour de _____ 20 _____.

X
SIGNATURE DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION et SCEAU

2. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ (champs obligatoires)

NOM OU DÉNOMINATION SOCIALE DE LA SOCIÉTÉ

N° d'entreprise (NEQ)

NOUVELLE IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ (à remplir seulement si la dénomination sociale et/ou l'adresse du siège social du principal établissement et/ou la forme juridique a changé depuis la dernière déclaration)

NOM OU DÉNOMINATION SOCIALE DE LA SOCIÉTÉ

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL DE LA SOCIÉTÉ OU DU PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT

No

RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

TÉLÉPHONE

COURRIEL

Forme juridique de la société :

- SENCRL** (société en nom collectif à responsabilité limitée)
 SPA (société par actions)

3. AUTRES NOMS OU DÉNOMINATIONS SOCIALES UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ (À remplir seulement si des changements sont survenus depuis la dernière déclaration)

AUTRE NOM :

AJOUT RETRAIT

AUTRE NOM :

AJOUT RETRAIT

AUTRE NOM :

AJOUT RETRAIT

AUTRE NOM :

AJOUT RETRAIT

AUTRE NOM :

AJOUT RETRAIT

4. NOM ET ADRESSE DES AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ (À remplir seulement si des changements sont survenus depuis la dernière déclaration)

ÉTABLISSEMENT

AJOUT

RETRAIT

MODIFICATION

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL PAYS

TÉLÉPHONE COURRIEL

ÉTABLISSEMENT

AJOUT

RETRAIT

MODIFICATION

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL PAYS

TÉLÉPHONE COURRIEL

ÉTABLISSEMENT

AJOUT

RETRAIT

MODIFICATION

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL PAYS

TÉLÉPHONE COURRIEL

NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

SECTION 2

1. RENSEIGNEMENTS SUR TOUS LES ASSOCIÉS, ACTIONNAIRES, ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ (À remplir seulement si des changements sont survenus depuis la dernière déclaration)

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- associé administrateur
 actionnaire dirigeant

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

ADRESSE RÉSIDENIELLE

N° RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

POURCENTAGE D' ACTIONS VOTANTES OU DE PART SOCIALES :

%

POURCENTAGE D' ACTIONS NON-VOTANTES :

%

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

- Non Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

- Non Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE:

- Conjoint
 Parent

Nom du membre de l'Ordre

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- associé administrateur
 actionnaire dirigeant

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

ADRESSE RÉSIDENIELLE

N° RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

POURCENTAGE D' ACTIONS VOTANTES OU DE PART SOCIALES:

%

POURCENTAGE D' ACTIONS NON-VOTANTES :

%

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

- Non Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

- Non Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE:

- Conjoint
 Parent

Nom du membre de l'Ordre

NOTE

Veuillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

2. INFORMATION SUR LES FIDUCIES DÉTENANT DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES DANS LA SOCIÉTÉ (À remplir seulement si des changements sont survenus depuis la dernière déclaration)

AJOUT RETRAIT MODIFICATION

NOM DE LA FIDUCIE

POURCENTAGE D'ACTIONNAIRES VOTANTES OU DE PARTS SOCIALES: %

POURCENTAGE D'ACTIONNAIRES NON-VOTANTES : %

VEUILLEZ IDENTIFIER TOUS LES FIDUCIAIRES

FIDUCIAIRE

PRÉNOM NOM

POURCENTAGE DES DROITS DE PARTICIPATION : %

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC : Non Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL : Non Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE: Conjoint Parent Nom du membre de l'Ordre

FIDUCIAIRE

PRÉNOM NOM

POURCENTAGE DES DROITS DE PARTICIPATION : %

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC : Non Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL : Non Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE: Conjoint Parent Nom du membre de l'Ordre

NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

3. INFORMATIONS SUR LES PERSONNES MORALES OU ENTREPRISES DÉTENANT DES ACTIONS OU DES PARTS SOCIALES DANS LA SOCIÉTÉ (À remplir seulement si des changements sont survenus depuis la dernière déclaration)

AJOUT RETRAIT MODIFICATION

NOM DE L'ENTITÉ JURIDIQUE

N° D'ENTREPRISE (NEQ) :

POURCENTAGE D'ACTIONS VOTANTES OU DE PARTS SOCIALES :

%

POURCENTAGE D'ACTIONS NON-VOTANTES :

%

VEUILLEZ IDENTIFIER TOUTES LES PERSONNES PHYSIQUES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES AINSI QUE LES ADMINISTRATEURS.

LORSQUE LES ACTIONS OU PARTS SOCIALES DE L'ENTITÉ JURIDIQUE SONT DÉTENUES PAR UNE AUTRE ENTITÉ JURIDIQUE, VEUILLEZ INDIQUER SA DÉNOMINATION SOCIALE OU SON NOM DANS LA CASE « NOM DE LA PERSONNE PHYSIQUE »

NOM DE LA PERSONNE PHYSIQUE

- Associé
- Actionnaire
- Administrateur

POURCENTAGE D'ACTIONS VOTANTES OU DE PART SOCIALES :

%

POURCENTAGE D'ACTIONS NON-VOTANTES :

%

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

Non Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

Non Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE :

Conjoint
 Parent

Nom du membre de l'Ordre

NOM DE LA PERSONNE PHYSIQUE

- Associé
- Actionnaire
- Administrateur

POURCENTAGE D'ACTIONS VOTANTES OU DE PART SOCIALES :

%

POURCENTAGE D'ACTIONS NON-VOTANTES :

%

MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC :

Non Oui

MEMBRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL :

Non Oui, précisez :

Si vous avez répondu « non » au 2 précédentes questions, veuillez répondre à la question suivante :

LIEN DE PARENTÉ / ALLIANCE AVEC UN MEMBRE DE L'ORDRE :

Conjoint
 Parent

Nom du membre de l'Ordre

NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

SECTION 3

4. NOM ET STATUT(S) DES MEMBRES DE L'ORDRE PAR ÉTABLISSEMENT OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ (À remplir seulement si des changements sont survenus depuis la dernière déclaration)

POUR CHAQUE ÉTABLISSEMENT, VEUILLEZ FOURNIR L'IDENTITÉ DE TOUS LES EMPLOYÉS/TRAVAILLEURS AUTONOMES MEMBRES DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC QUI Y EXERCENT.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N°

RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

EMPLOYÉ(S) / TRAVAILLEUR(S) AUTONOME(S) MEMBRE DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC

MEMBRE DE L'ORDRE

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

MEMBRE DE L'ORDRE

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

MEMBRE DE L'ORDRE

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

MEMBRE DE L'ORDRE

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

5. NOM ET STATUT(S) DES EMPLOYÉS MEMBRES D'UN ORDRE PROFESSIONNEL AUTRE QUE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC PAR ÉTABLISSEMENT OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ (À remplir seulement si des changements sont survenus depuis la dernière déclaration)

POUR CHAQUE ÉTABLISSEMENT, VEUILLEZ FOURNIR L'IDENTITÉ, DE TOUS LES EMPLOYÉS ET/OU TRAVAILLEURS AUTONOMES MEMBRES D'UN ORDRE PROFESSIONNEL AUTRE QUE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC, QUI Y EXERCENT.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

EMPLOYÉ(S) / TRAVAILLEUR(S) AUTONOME(S) MEMBRE D'UN ORDRE PROFESSIONNEL AUTRE QUE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

ORDRE PROFESSIONNEL

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

ORDRE PROFESSIONNEL

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

- AJOUT
 RETRAIT
 MODIFICATION

ORDRE PROFESSIONNEL

NOTE

Veillez joindre des copies additionnelles de cette page au besoin et indiquer ici le nombre total de copies jointes (incluant celle-ci) :

SECTION 4

6. ATTESTATION ET DÉCLARATION SOUS SERMENT DU MEMBRE OU DU RÉPONDANT AU NOM DE LA SOCIÉTÉ (champs obligatoires)

JE, _____, déclare sous serment que :
NOM DU MEMBRE / RÉPONDANT (PRÉNOM, NOM)

- je suis membre en règle de l'Ordre des podiatres du Québec et dûment inscrit au Tableau de l'Ordre;
- je suis dûment autorisé à remplir la présente déclaration et à formuler des engagements pour et au nom de la société;
- je m'engage à informer l'Ordre sans délai de toute modification aux informations transmises dans la dernière déclaration qui aurait pour effet d'affecter le respect des conditions prévues au *Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société*;

Je déclare sous serment que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration sont exacts et complets et que toutes les conditions et modalités d'exercice prévues au *Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société* sont respectées.

X

SIGNATURE DU MEMBRE / RÉPONDANT

AAAA/MM/JJ

Assermenté devant moi :

à (ville) _____, ce _____ jour de _____ 20 _____.

X

SIGNATURE DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION et SCEAU

7. FRAIS EXIGIBLES (champs obligatoires)

Exercice 2019-2020

- Déclaration annuelle avec modification : **143,54 \$** [124,85 \$ + 6,24 \$ (TPS) + 12,45 \$ (TVQ)]
 - Par podiatre détenant des actions avec droit de vote ou des parts sociales.
 - Par podiatre qui exerce des activités professionnelles au sein d'une société elle-même actionnaire ou associée de la société.
- Déclaration modificative : **77,76 \$** [66,63 \$ + 3,38 \$ (TPS) + 6,75 \$ (TVQ)]
 - Par podiatre détenant des actions avec droit de vote ou des parts sociales.
 - Par podiatre qui exerce des activités professionnelles au sein d'une société elle-même actionnaire ou associée de la société.

Par carte de crédit seulement :

Prénom (titulaire de la carte)

Nom de famille (titulaire la carte)

Adresse courriel du titulaire de la carte

Visa

Mastercard

Numéro de la carte de crédit

Date d'expiration

MM

AA

X

Signature du titulaire de la carte

Date signature

8. DOCUMENTS À TRANSMETTRE ET PAIEMENT

À défaut de remettre l'ensemble des documents au moment de transmettre la déclaration, celle-ci ne sera pas traitée. Veuillez prévoir un délai de 30 jours pour le traitement de votre déclaration.

Envoyer la déclaration dûment remplie au :

SERVICE DES GREFFES DE L'ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC
700-7151, rue Jean-Talon Est
Montréal (Québec) H1M 3N8

Pour toute question : 1-888-514-7433 sans frais ou (514) 288-0019 poste 258