

DÉCLARATION INITIALE

Exercice de la profession de podiatre en société 2020-2021



ORDRE
DES **PODIATRES**
DU QUÉBEC

Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre

DIRECTIVES

La Déclaration de mise à jour annuelle avec modification doit être remplie et les frais exigibles doivent être acquittés entre **le 15 février et le 31 mars de chaque année** par le membre ou le répondant afin de conserver le droit d'exercer ses activités professionnelles de podiatrie en société, si la société fait l'objet de modification par rapport à la dernière déclaration annuelle ou de mise à jour courante. Dans le cas contraire, c'est la déclaration annuelle sans modification qui doit être remplie.

La Déclaration de mise à jour courante doit être remplie et les frais exigibles doivent être 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, et ce, en cours d'exercice. En effet, le Règlement prévoit que l'Ordre doit être avisé sans délai de toute modification.

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)

Lorsque deux (2) podiatres ou plus exercent leurs activités professionnelles au sein d'une même société, un répondant doit être désigné pour agir pour l'ensemble des podiatres exerçant leurs activités professionnelles au sein de la société

Membre Répondant

NOM DU MEMBRE / RÉPONDANT

N° DE PERMIS

ACCEPTATION DU RÉPONDANT



À remplir uniquement si un membre répondant de la société a été désigné



J'affirme être associé ou administrateur et actionnaire avec droit de vote et d'avoir été désigné pour agir pour l'ensemble des podiatres exerçant leurs activités professionnelles au sein de la société.

J'atteste être podiatre et exercer mes activités professionnelles au Québec au sein de la société.

J'ai accepté mon mandat en date du :

X

SIGNATURE DU RÉPONDANT

2. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

NOM OU DÉNOMINATION SOCIALE DE LA SOCIÉTÉ				N° d'entreprise (NEQ)	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL DE LA SOCIÉTÉ OU DU PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT					
No	RUE				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
MUNICIPALITÉ		PROVINCE		CODE POSTAL	PAYS
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
TÉLÉPHONE			COURRIEL		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Forme juridique de la société :					
<input type="checkbox"/> SENCRL	(société en nom collectif à responsabilité limitée)				Date de constitution de la société :
<input type="checkbox"/> SPA	(société par actions)				<input type="text"/>

3. AUTRES NOMS OU DÉNOMINATIONS SOCIALES UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ (Dans tous les cas, les noms doivent également avoir été inscrits au Registraire des entreprises du Québec)

AUTRE NOM :

AUTRE NOM :

AUTRE NOM :

AUTRE NOM :

AUTRE NOM :

NOTE

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

4. NOM ET ADRESSE DES AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL PAYS

TÉLÉPHONE COURRIEL

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

N° RUE

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL PAYS

TÉLÉPHONE COURRIEL

ÉTABLISSEMENT

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

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- associé administrateur
 actionnaire dirigeant

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

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

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

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

1. NOM ET STATUT(S) DES MEMBRES DE L'ORDRE PAR ÉTABLISSEMENT OÙ S'EXERCENT LES ACTIVITÉS EN SOCIÉTÉ

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

MEMBRE DE L'ORDRE
PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

MEMBRE DE L'ORDRE
PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

MEMBRE DE L'ORDRE
PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

- Employé
 Travailleur autonome

NOTE

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

2. 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

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

ORDRE PROFESSIONNEL

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

Employé

Travailleur autonome

ORDRE PROFESSIONNEL

PRÉNOM, NOM

N° DE PERMIS

STATUT(S)

Employé

Travailleur autonome

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

1. ATTESTATION ET DÉCLARATION SOUS SERMENT DU MEMBRE OU DU RÉPONDANT AU NOM DE LA SOCIÉTÉ

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*;
- tous les documents joints à la présente déclaration sont conformes aux originaux, qu'ils n'ont fait l'objet d'aucune modification et qu'ils sont complets et exacts;
- je comprends que toute déclaration fautive ou incomplète pourra entraîner des conséquences importantes.

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

SIGNÉ ET ASSERMENTÉ DEVANT MOI:

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

X

SIGNATURE DU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION et SCEAU

NOM EN LETTRES MOULÉES

2. FRAIS EXIGIBLES ET DOCUMENTS

Exercice 2020-2021

Déclaration initiale – frais pour ouverture, analyse et avis de conformité en vertu du *Règlement* et frais pour déclaration annuelle

682,54 \$ [593,64 \$ + 29,68 \$ (TPS) + 59,22 \$ (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.

NOTE

- Ce montant inclut les frais de 467,17 \$ représentant les coûts reliés au traitement de la déclaration initiale d'exercice en société et de 126,47 \$ plus les taxes applicables pour le montant des droits annuels d'exercice en société de l'année en cours.

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

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.

Liste des documents à envoyer :

- Déclaration initiale dûment remplie, signée et assermentée;
- Document écrit (ou une copie conforme) émis par l'autorité compétente attestant que la société est dûment immatriculée au Québec;
- Document écrit (ou une copie conforme) attestant que la société maintient un établissement au Québec;
- Autorisation irrévocable dûment remplie et signée donnant droit d'exiger un document ou une copie d'un document visé à l'article 11 du *Règlement*;
- Un document ou une copie d'un document visé à l'article II du *Règlement*;
- Statuts constitutifs ou contrat constituant la S.E.N.C.R.L.;
- Paiement des frais exigibles.

À l'attention du :

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