



ORDRE DES **PODIATRES** DU QUÉBEC
Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre.

DISSOLUTION DE LA SOCIÉTÉ Exercice de la profession de podiatre en société

DIRECTIVES

Le présent formulaire est destiné aux podiatres souhaitant cesser d'exercer leurs activités professionnelles en société, telles que prévues au *Règlement sur l'exercice de la profession de podiatre en société*. La société sera donc dissoute et ne sera plus incorporée au sens du Règlement par l'Ordre des podiatres du Québec. Ce faisant, la société ne pourra plus exercer des activités professionnelles de podiatrie.

Le ou les podiatres confirment également que la société a été radiée au Registraire des entreprises du Québec.

Toute autre demande devra faire l'objet d'une déclaration initiale d'exercice en société et un avis de conformité devra être délivré par l'Ordre des podiatres du Québec pour que vous puissiez exercer vos activités professionnelles en société, conformément au Règlement.

1. IDENTIFICATION DU PODIATRE OU DU RÉPONDANT

Cette section doit être complétée par le podiatre membre ou par le podiatre ayant été désigné comme étant le répondant pour agir pour l'ensemble des podiatres exerçant leurs activités professionnelles au sein de la même société.

Membre Répondant

NOM DU MEMBRE / RÉPONDANT

N° DE PERMIS



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)	
[REDACTED]			[REDACTED]	
ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL DE LA SOCIÉTÉ OU DU PRINCIPAL ÉTABLISSEMENT				
No	RUE			
[REDACTED]	[REDACTED]			
MUNICIPALITÉ		PROVINCE	CODE POSTAL	PAYS
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
TÉLÉPHONE		COURRIEL		
[REDACTED]		[REDACTED]		
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)		[REDACTED]	

3. DISSOLUTION

JE, [REDACTED]	, souhaite dissoudre la société
NOM DU MEMBRE / RÉPONDANT (PRÉNOM, NOM)	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
NOM DE LA SOCIÉTÉ	En date du

4. ATTESTATION

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

- j'ai joint la preuve de la radiation de l'immatriculation de la société au *Registraire des entreprises du Québec* au présent formulaire;
- la preuve de radiation de l'immatriculation jointe au présent formulaire est conforme à l'originale et n'a fait l'objet d'aucune modification depuis son émission par le *Registraire des entreprises du Québec*;
- je comprends que toute déclaration fautive ou incomplète pourra entraîner des conséquences importantes puisqu'elle constituera une fautive déclaration à l'Ordre des podiatres du Québec.

Je déclare sous serment que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration sont exacts et complets.

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

5. DOCUMENTS À TRANSMETTRE

Vous devez soumettre la déclaration dûment remplie (document format .pdf uniquement) au Service des Greffes de l'Ordre des podiatres du Québec à l'adresse courriel suivante : info@ordredespodiatres.qc.ca.

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

6. FRAIS EXIGIBLES

Exercice 2021-2022

Dissolution de la société : 229,13 \$ [199,29 \$ + 9,96 \$ (TPS) + 19,88 \$ (TVQ)]

Par carte de crédit seulement :

Prénom (titulaire de la carte)	
<input type="text"/>	
Nom de famille (titulaire la carte)	
<input type="text"/>	
Adresse courriel du titulaire de la carte	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard
Numéro de la carte de crédit	Date d'expiration
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	MM AA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
X Signature du titulaire de la carte	Date signature