

## DÉCLARATION RELATIVE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'OPTOMÉTRISTE EN SOCIÉTÉ PAR ACTIONS (SPA) OU EN SOCIÉTÉ À NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (SENCRL)

### 1. IDENTIFICATION PERSONNELLE DE L'OPTOMÉTRISTE RÉPONDANT

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro de membre OOQ : \_\_\_\_\_

Je complète ce formulaire : à titre personnel seulement  
à titre personnel et à titre de répondant pour d'autres optométristes qui exercent au sein de la  
société (ceux-ci doivent tous être identifiés à la partie 7)

### 2. IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

Nom ou dénomination sociale : \_\_\_\_\_

Autres noms utilisés (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Numéro d'entreprise du Québec/NEQ (accordé par le Registraire des entreprises du Québec) : \_\_\_\_\_

Adresse du siège social: \_\_\_\_\_

Ville, province et pays : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Cette société a-t-elle déjà fait l'objet d'une déclaration à l'Ordre? : Non, l'autorisation de l'Ordre est requise

Oui, mais:

l'autorisation de l'Ordre n'a pas encore été obtenue

l'autorisation de l'Ordre a déjà été obtenue, mais la déclaration doit être modifiée en ce qui concerne les parties suivantes  
de la présente déclaration (indiquer le(s) numéro(s) et compléter le(s) partie(s) correspondante(s)) : \_\_\_\_\_

### 3. AUTRES ÉTABLISSEMENTS OU PLACES D'AFFAIRES DE LA SOCIÉTÉ

Dans cette partie, vous devez donner les adresses de **tous** les établissements ou places d'affaires de la société au Québec. Ajoutez des feuilles au besoin.

Nom ou dénomination sociale:

Nom ou dénomination sociale:

Adresse complète

Adresse complète

### 4. FORME JURIDIQUE DE LA SOCIÉTÉ ET INFORMATIONS AFFÉRENTES

Il s'agit d'une : SPA SENCRL Date de constitution ou de transformation :

S'agit-il d'une « société de services optométriques » (SSO)? :

**Oui** (si le nom de la société comporte un titre, une abréviation ou une initiale réservé aux optométristes ou si ses activités consistent notamment à offrir des examens oculovisuels, d'orthoptique, de prescription de lentilles ophtalmiques ou de médicaments, d'autres services professionnels pouvant également être offerts)

**Non** (si les activités professionnelles de la société se limitent à la pose, à l'ajustement, à la vente et au remplacement de lentilles ophtalmiques, **excluant donc** les examens oculovisuels, l'orthoptique et la prescription de lentilles ou de médicaments)

Répartition droits de vote : \_\_\_\_\_ % à des optométristes\* \_\_\_\_\_ % à des opticiens d'ordonnances\*

Répartition postes au conseil d'administration (ou équivalent) : \_\_\_\_\_ % à des optométristes\* \_\_\_\_\_ % à des opticiens d'ordonnances\*

\*Incluant les actions, parts sociales et droits de vote détenus par des personnes morales, des fiduciaires ou toutes autres entreprises dont les droits de vote rattachés aux actions ou les parts sociales sont détenus en totalité par les professionnels visés.

### 5. ATTESTATION RELATIVE AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

En signant le présent formulaire, l'optométriste identifié à la partie 1 atteste, sous son serment professionnel, qu'aucun des associés, actionnaires ou dirigeants de la société n'a d'intérêt, direct ou indirect, dans une société de fabrication ou de vente de lentilles ophtalmiques, de montures, de médicaments ou d'autres produits liés à l'exercice de l'optométrie, à l'exception d'une société autorisée aux fins de l'exercice de l'optométrie.

## 6. DÉCLARATION ET ENGAGEMENT DE LA SOCIÉTÉ

Cette partie doit être complétée par un représentant dûment autorisé à cette fin par le conseil d'administration (ou l'équivalent) de la société.

Je déclare que :

La société bénéficie d'une assurance responsabilité professionnelle, distincte de celle des optométristes qui y exercent, conforme au règlement :

Par l'entremise de l'Association des optométristes du Québec (AOQ) : Un optométriste assuré dans le cadre du programme d'assurance responsabilité professionnelle de l'AOQ dispose automatiquement, pour les sociétés dans lesquelles il exerce l'optométrie, d'une couverture d'assurance responsabilité excédentaire conforme aux exigences réglementaires, pour ses fautes ou négligences. **Il n'est donc pas nécessaire de joindre d'autres documents ni de faire d'autres démarches concernant cette couverture d'assurance excédentaire.**

Autrement que par l'entremise de l'AOQ : Si la société est assurée autrement que par l'entremise de l'AOQ, il faut **obligatoirement** joindre au présent formulaire une preuve d'assurance. **À noter qu'une simple soumission n'est pas suffisante.**

La société autorise l'Ordre à obtenir des documents et renseignements auprès de toute personne relativement au respect des exigences relatives à l'assurance responsabilité professionnelle en matière d'exercice de l'optométrie en société qui lui sont applicables et elle s'engage à communiquer à l'Ordre, sur demande, tout document ou renseignement à ce sujet.

Je suis l'optométriste identifié à la partie 1:      **Oui** : passez à la partie 7      **Non** : fournir les informations suivantes :

Nom de famille du représentant de la société : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonctions occupées au sein de la société : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## 7. COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ

Dans cette partie, inscrire toutes les informations requises à l'égard de **TOUS** les actionnaires, associés, administrateurs et dirigeants de la société, **qu'il s'agisse de personnes physiques ou morales, ainsi que des optométristes qui y exercent.** Vous devez vous inclure dans cette liste. Ajoutez des feuilles au besoin.

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse et ville: \_\_\_\_\_

Province et pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Courriel. : \_\_\_\_\_

Statut professionnel:

Optométriste exerçant au Québec (no membre OOQ : \_\_\_\_\_)

Optométriste hors Québec (province, état, etc. : \_\_\_\_\_)

Opticien d'ordonnances exerçant au Québec

Opticien d'ordonnances hors Québec

Autre : \_\_\_\_\_

Statut au sein de la société :

Actionnaire/Associé (% des droits de vote : \_\_\_\_\_)

Administrateur (membre du conseil d'administration ou équiv.)

Dirigeant (directeur, cadre, etc.)

Cette personne exerce des activités professionnelles au sein de la société :      **Oui**      **Non**

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse et ville: \_\_\_\_\_

Province et pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Courriel. : \_\_\_\_\_

Statut professionnel:

Optométriste exerçant au Québec (no membre OOQ : \_\_\_\_\_)

Optométriste hors Québec (province, état, etc. : \_\_\_\_\_)

Opticien d'ordonnances exerçant au Québec

Opticien d'ordonnances hors Québec

Autre : \_\_\_\_\_

Statut au sein de la société :

Actionnaire/Associé (% des droits de vote : \_\_\_\_\_)

Administrateur (membre du conseil d'administration ou équiv.)

Dirigeant (directeur, cadre, etc.)

Cette personne exerce des activités professionnelles au sein de la société :      **Oui**      **Non**

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse et ville: \_\_\_\_\_

Province et pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Courriel. : \_\_\_\_\_

Statut professionnel:

Optométriste exerçant au Québec (no membre OOQ : \_\_\_\_\_)

Optométriste hors Québec (province, état, etc. : \_\_\_\_\_)

Opticien d'ordonnances exerçant au Québec

Opticien d'ordonnances hors Québec

Autre : \_\_\_\_\_

Statut au sein de la société :

Actionnaire/Associé (% des droits de vote : \_\_\_\_\_)

Administrateur (membre du conseil d'administration ou équiv.)

Dirigeant (directeur, cadre, etc.)

Cette personne exerce des activités professionnelles au sein de la société :      **Oui**      **Non**

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse et ville: \_\_\_\_\_

Province et pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Courriel. : \_\_\_\_\_

Statut professionnel:

Optométriste exerçant au Québec (no membre OOQ : \_\_\_\_\_)

Optométriste hors Québec (province, état, etc. : \_\_\_\_\_)

Opticien d'ordonnances exerçant au Québec

Opticien d'ordonnances hors Québec

Autre : \_\_\_\_\_

Statut au sein de la société :

Actionnaire/Associé (% des droits de vote : \_\_\_\_\_)

Administrateur (membre du conseil d'administration ou équiv.)

Dirigeant (directeur, cadre, etc.)

Cette personne exerce des activités professionnelles au sein de la société :      **Oui**      **Non**

## 8. DÉCLARATION SOLENNELLE

Je, soussigné(e), membre de l'Ordre des optométristes du Québec identifié à la partie 1, déclare solennellement que les renseignements donnés dans le présent formulaire sont exacts et m'engage à respecter en tout temps les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de l'optométrie en société, dont celles du *Règlement sur l'exercice de la profession d'optométriste en société*, en tenant compte, le cas échéant, des indications qui pourraient m'être communiquées par l'Ordre ou l'un de ses intervenants autorisés à cet égard.

Signature: \_\_\_\_\_ Date de la signature (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

**Une fois complété, ce formulaire doit être transmis à l'adresse suivante, avec le paiement exigé et s'il y a lieu, les documents requis: Ordre des optométristes du Québec, 1265 rue Berri, bureau 505, Montréal (Québec) H2L 4X4**

**LE FAIT DE COMPLÉTER ET DE TRANSMETTRE CE FORMULAIRE NE PERMET PAS À LUI SEUL D'EXERCER EN SOCIÉTÉ. AVANT DE POUVOIR EXERCER EN SOCIÉTÉ, UN OPTOMÉTRISTE DOIT OBTENIR UN AVIS D'AUTORISATION DE L'ORDRE DES OPTOMÉTRISTES DU QUÉBEC. L'ORDRE NE PEUT GARANTIR UN DÉLAI DE TRAITEMENT PRÉCIS.**

## 9. DOCUMENTS ET PAIEMENT À TRANSMETTRE

**Pour pouvoir être traité, ce formulaire dûment complété doit être accompagné** d'un chèque au nom de l'Ordre des optométristes du Québec au montant indiqué ci-après :

- S'il s'agit d'une **déclaration initiale**, alors qu'aucun avis d'autorisation n'a été émis par l'Ordre: **574.88 \$** (soit 500\$ + TPS et TVQ);
- S'il s'agit d'une **déclaration de modification** (ajout ou remplacement d'un optométriste, changement du nom de la société, etc.): **57,48 \$** (soit 50 \$ + TPS et TVQ; le chèque pourra vous être retourné si le changement n'entraîne pas l'émission d'un nouvel avis d'autorisation).

Par ailleurs, selon la situation de la société, les documents suivants doivent également être transmis:

- **SAUF** si la société bénéficie de cette protection par l'entremise de l'AOQ (voir la partie 6), une preuve à l'effet que la société bénéficie d'une assurance responsabilité excédentaire ou d'une garantie équivalente conforme au règlement (**à noter qu'une simple soumission n'est pas suffisante**);
- **SAUF** s'il n'y a que des optométristes parmi les actionnaires, administrateurs et dirigeants de la société et selon qu'il s'agit d'une SPA ou d'une SENCRL, les **autres documents exigés** (voir le Guide disponible dans le site Web de l'Ordre).

**No d'enregistrement TPS : R 107803074    No d'enregistrement TVQ : 1006163501**

### Avis :

*Les renseignements recueillis dans le cadre du présent formulaire sont requis en vue de permettre à l'Ordre des optométristes du Québec de s'acquitter de sa mission de protection du public, telle qu'elle est notamment prévue par le Code des professions, la Loi sur l'optométrie et par les règlements adoptés en vertu de ces lois. Les personnes autorisées par l'Ordre, dont notamment ses administrateurs, dirigeants et employés, pourront accéder à ces renseignements, aux seules fins des fonctions qu'ils exercent pour le compte de l'Ordre. Des tiers pourraient également y avoir accès, à d'autres fins, dans certains cas prévus par la loi. Le fait de ne pas donner certains renseignements demandés dans le cadre du présent formulaire peut entraîner le refus de l'autorisation demandée. Les droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements ainsi recueillis sont notamment ceux prévus par le Code des professions, la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.*