

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 OQ : _____

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 et ville: _____ Adresse et ville: _____

Province et pays : _____ Code postal : _____ Province et pays : _____ Code postal : _____

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 opculo-visuels, 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 opculo-visuels, l'orthoptique et la prescription de lentilles ou de médicaments)

Répartition actions/parts sociales : _____% à des optométristes* _____% à des tiers

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 fiducies 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, vous devez donner 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 OOO : _____)
 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 actions/parts sociales : _____ % 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 OOO : _____)
 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 actions/parts sociales : _____ % 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 OOO : _____)
 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 actions/parts sociales : _____ % 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 OOO : _____)
 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 actions/parts sociales : _____ % 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 communiqués 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 : **459,90 \$** (soit 400\$ + TPS : 20,00 \$ + TVQ : 39,90 \$);
- 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 : 2,50 \$ + TVQ : 4,98 \$; 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.