

Formulaire de réinscription pour un membre régulier

INFORMATIONS RELATIVES AU MEMBRE					
Nom :					
Date de naissance : Jour		Mois	Année	Langue usuelle : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Nom de la clinique principale (s'il y a lieu):					
Adresse de la clinique principale :					
Ville :				Code postal :	
Téléphone :		Télécopieur :		*Adresse du site Internet de la clinique principale: http://www:	
*Courriel professionnel ou de la clinique pour répertoire sur le site internet seulement : _____					
Voulez-vous que votre adresse courriel apparaisse dans le répertoire des membres de l'OCQ sur notre site Internet: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
** Courriel personnel pour communications officielles de l'Ordre : _____					
* Tel que mentionné dans la revue Diagnostic édition décembre 2016, il est essentiel que votre adresse courriel ainsi que votre adresse de site Internet de clinique soient conformes à l'article 58.1 du Code des professions sur l'utilisation du titre de docteur. **Il est également important que vous soyez l'unique utilisateur de cette adresse.					
Nom de la clinique secondaire (s'il y a lieu) :					
Adresse de la clinique secondaire :					
Ville :				Code postal :	
Téléphone :		Télécopieur :		*Adresse du site Internet de la clinique secondaire : http://www:	
(Cette information confidentielle ne sera pas inscrite au répertoire, uniquement dans les dossiers de l'Ordre)					
Adresse du domicile personnel :					
Ville :				Code postal :	
Téléphone :		Télécopieur :		Cellulaire :	
STATUT PROFESSIONNEL RÉINSCRIPTION D'UN MEMBRE RÉGULIER					
Début d'exercice (mois)	Coût de la cotisation	Début d'exercice (mois)	Coût de la cotisation	Début d'exercice (mois)	Coût de la cotisation
Avril	1 850\$	Août	1 240\$	Décembre	620\$
Mai	1 705\$	Septembre	1 085\$	Janvier	465\$
Juin	1 550\$	Octobre	930\$	Février	310\$
Juillet	1 395\$	Novembre	775\$	Mars	155\$
Inscrire le montant qui correspond au mois du début d'exercice :					\$
Coût de la cotisation annuelle pour un chiropraticien désirant être inscrit comme membre hors-Québec : (aucun droit d'exercice au Québec dans cette catégorie + assujetti à la Politique sur la formation continue) :					325\$
Réactivation de votre permis de radiologie: Vous devez vous conformer aux articles 2 à 7 du Règlement sur les normes de délivrance et de détention des permis de radiologie afin que votre permis soit réactivé. (formulaire annexé).					
Coût de la contribution à l'Office des professions du Québec : (obligatoire pour tous)					29\$
Frais de réinscription (suite à une démission, retrait ou radiation)					500\$
MONTANT TOTAL À PAYER :					\$

Mode de paiement : chèque ci-joint Visa Mastercard

Signature du chiropraticien

carte de crédit

Date d'expiration
Voir suite au verso...

Durant votre arrêt d'exercice du Tableau des membres de l'Ordre des chiropraticiens du Québec, avez-vous exercé la chiropratique dans un autre pays/état: oui non

Si oui, lequel: _____

Une lettre d'appartenance de l'État où vous avez exercé doit nous être envoyée par cet organisme. Cette lettre est obligatoire à votre réinscription.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ (obligatoire)

Selon le *Règlement sur l'assurance-responsabilité professionnelle* de l'Ordre des chiropraticiens du Québec, il est obligatoire que tout chiropraticien, membre de l'Ordre exerçant sa profession sur le territoire du Québec, détienne et maintienne en vigueur un contrat d'assurance établissant une garantie contre la responsabilité professionnelle. **Ce contrat d'assurance doit être transmis à l'Ordre, 30 jours avant la date d'expiration. Aucun retard ne sera accepté. Comme le CCPA nous fait parvenir d'emblée une confirmation, les chiropraticiens qui détiennent une assurance avec cet organisme n'ont pas à nous la fournir.**

En vertu du *Code des professions*, le membre qui fait défaut de fournir une preuve d'une garantie contre sa responsabilité professionnelle dans les temps requis sera automatiquement radié du tableau de l'Ordre à l'échéance.

Déterminez-vous une assurance-responsabilité professionnelle conforme aux exigences du *Règlement sur l'assurance responsabilité* de l'Ordre des chiropraticiens du Québec (**cochez**) :

Association de protection chiropratique canadienne (CCPA) Autre compagnie : _____

INTACT Encon À venir

En vertu de l'article 62.2 du Code des professions, je vous informe qu'une/des réclamation(s) a (ont) été faite(s) contre moi auprès de mon assureur à l'égard de ma responsabilité professionnelle au cours des derniers 12 mois.

J'ai informé mon assureur qu'une/des réclamation(s) a (ont) été faite(s) contre moi à l'égard de responsabilité professionnelle au cours des derniers 12 mois.

Afin de confirmer que ma couverture d'assurance responsabilité est conforme aux exigences, je joins à cet envoi une confirmation d'assurance ou une photocopie de ma police d'assurance indiquant clairement le montant de la couverture. De plus, j'autorise ma compagnie d'assurance ou l'Association de protection chiropratique canadienne (CCPA) à transmettre tout renseignement ou document que l'Ordre des chiropraticiens du Québec peut requérir pour confirmer le maintien de ma couverture ou relatif à toute réclamation formulée contre moi.

Signature : _____

INFRACTION CRIMINELLE OU DISCIPLINAIRE EN VERTU DE L'ARTICLE 45.2 ET 59.3 DU CODE DES PROFESSIONS

a) J'ai été déclaré(e) coupable d'une infraction criminelle au Canada ou dans un autre pays

- Non
- J'ai obtenu le pardon
- Oui, les informations ont déjà été fournies
- Oui, veuillez joindre une copie conforme de l'acte d'accusation et du jugement

b) J'ai fait l'objet d'une décision disciplinaire au Canada ou dans un autre pays

- Non
- Oui, les informations ont déjà été fournies
- Oui, veuillez joindre une copie conforme de la plainte et de la décision afin de nous permettre d'étudier votre dossier

c) Je fais ou j'ai fait l'objet d'une poursuite pour une infraction punissable de 5 ans d'emprisonnement ou plus :

- Non
- Oui, les informations ont déjà été fournies
- Oui, veuillez joindre une copie conforme de la plainte et de la décision

DÉCLARATION ET SIGNATURE (à compléter obligatoirement)

Je, soussigné(e), déclare que tous les renseignements fournis sont exacts au meilleur de ma connaissance.

Je, soussigné(e), demande par la présente que mon permis d'exercice de la chiropratique soit émis et que mon nom soit ajouté au Tableau des membres de l'Ordre des chiropraticiens du Québec. Je m'engage à respecter la Loi sur la chiropratique, le Code des professions, le Code de déontologie des chiropraticiens et tous les règlements, politiques (FCO) et normes d'exercice dûment adoptés par le Conseil d'administration de l'Ordre.

Il est entendu que l'Ordre utilisera les informations recueillies sur ce formulaire aux fins de gestion des dossiers des membres et que toute information sera traitée confidentiellement

Et j'ai signé : _____ date : _____

ANNEXE

DEMANDE DE RÉACTIVATION DU PERMIS DE RADIOLOGIE LORS D'UNE RÉINSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Je, soussigné, _____

résidant au _____

déclare par les présentes :

1. Je suis inscrit au tableau de l'Ordre des chiropraticiens du Québec;
2. Mon cabinet de consultation est situé au _____
3. Je rencontre les conditions prescrites à l'article 2 du *Règlement sur les normes de délivrance et de détention des permis de radiologie* (Règlement);
4. Je désire recevoir l'examen de radiologie prévu à l'article 4 du Règlement.

Je demande au Conseil d'administration de l'Ordre des chiropraticiens du Québec de réactiver mon permis de radiologie conformément aux dispositions du *Code des professions* et du Règlement.

Date