

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 pour répertoire sur le site internet et pour communications officielles de l'OCQ :

Voulez-vous que votre adresse courriel apparaisse dans le répertoire des membres de l'OCQ sur notre site Internet :
 Oui Non

*** 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	1 887.00 \$	Août	1 258.00 \$	Décembre	629.00 \$
Mai	1 729.75 \$	Septembre	1 100.75 \$	Janvier	471.75 \$
Juin	1 572.50 \$	Octobre	943.50 \$	Février	314.50 \$
Juillet	1 415.25 \$	Novembre	786.25 \$	Mars	157.25 \$

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 avec preuve d'un permis et preuve d'assurance-responsabilité professionnelle hors du Québec (aucun droit d'exercice au Québec dans cette catégorie + assujetti à la Politique sur la formation continue) : 332\$

Réactivation du 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 de radiologie 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, 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, dès les premiers jours de votre demande d'inscription. Aucun retard ne sera accepté sous peine de refus de vous inscrire. Si vous êtes assuré par le CCPA vous devez leur demander de nous faire parvenir une confirmation.* 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.

Détenez-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 (auparavant AXA Assurances) Encon À venir

En vertu de l'article 62.2 du Code des professions, tout professionnel doit informer l'Ordre dont il est membre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre qu'il formule auprès de son assureur à son égard.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une/des réclamation(s) contre vous ou effectué une déclaration auprès de votre assureur à l'égard de votre responsabilité professionnelle (cochez) Oui Non

Si oui, veuillez nous acheminer les informations et/ou documents pertinents à info@ordredeschiropraticiens.qc.ca

Afin de confirmer que ma couverture d'assurance responsabilité est conforme aux exigences, je joins à cet envoi une copie 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 (à compléter obligatoirement)

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 : _____