

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

M. ou Mme Organisme : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Téléphone : _____ Courriel : _____

MOTIFS DE VOTRE PLAINTÉ ET LA DATE DES FAITS REPROCHÉS

Signature du plaignant

Date de la demande

**Nous vous invitons à transmettre le formulaire dûment rempli ainsi
que toutes informations complémentaires au Bureau du syndic.**

BUREAU DU SYNDIC

7100, rue Jean-Talon Est, Bureau 250, Anjou (Québec) H1M 3S3

Téléphone : 514-355-8540 p. 205

Télécopieur : 514-355-2290

Courriel : syndics@ordredeschiropraticiens.qc.ca