# DEMANDE DE RÉVISION D'UNE DÉCISION DU SYNDIC AU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

ORDRE DES CHIROPRATICIENS DU QUÉBEC

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

M. ☐ ou Mme ☐ N° de dossier : SYN-_____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____ Courriel : _____

## MOTIFS DE VOTRE DEMANDE

Signature du demandeur : _____ Date de la demande : _____

**Nous vous invitons à transmettre le formulaire dûment rempli ainsi que toutes informations complémentaires au Comité de révision des plaintes.**


**COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES**
7100, rue Jean-Talon Est, Bureau 250, Anjou (Québec) H1M 3S3
Téléphone : 514-355-8540 p. 214
Télécopieur : 514-355-2290
Courriel : comiterevision@ordredeschiropraticiens.qc.ca