

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



## VOS 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