

## VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

M. ou Mme

Organisme :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Est-ce que vous avez, ou aviez l'intention, de porter plainte à la police aussi ? Oui Non

## MOTIFS DE VOTRE PLAINTE 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](mailto:syndics@ordredeschiropraticiens.qc.ca)