



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

7151, rue Jean-Talon, Est, bureau 700

Anjou, (Québec) H1M 3N8

T: 514 351-2770 poste 254 Sans frais: 1 800 361-2001

Fax: 514 351-2658 Courriel: secretariat_general@oppq.qc.ca

ANNEXE B

DÉCLARATION DU MEMBRE
QUI EXERCE HORS QUÉBEC

AVIS (art. 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ., c. A-2.1)

Les renseignements demandés au moyen du présent formulaire sont recueillis afin de permettre à l'OPPQ et à ses instances (Comité d'inspection professionnelle, bureau du syndic, etc.) d'assurer le contrôle de l'exercice de la profession de physiothérapeute et de technologue en physiothérapie. Ils permettront également de vérifier votre droit au statut de membre demandé et à la réduction de cotisation y correspondant.

Le défaut de fournir les renseignements demandés entraînera le refus de vous octroyer le statut de membre demandé et le paiement de la pleine cotisation vous sera exigé.

Vous pouvez en tout temps communiquer avec le secrétariat général (secretariat_general@oppq.qc.ca) pour obtenir une copie du formulaire transmis ou rectifier toute information y apparaissant.

Je soussigné(e), _____,
NOM DU MEMBRE

déclare au secrétaire de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, ce qui suit:

- J'exerce exclusivement mes activités professionnelles hors du Québec pour l'exercice **2026-2027** (du 1er avril 2026 au 31 mars 202).
- Je m'engage à ne pas exercer ma profession au Québec, même ponctuellement, durant toute l'année de mon inscription au Tableau des membres de l'Ordre à titre de « membre qui exerce hors Québec ».
- Je m'engage à aviser par écrit et sans délai le secrétaire de l'Ordre, si je souhaite reprendre mes activités professionnelles au Québec, afin de rétablir mon droit d'exercice. Le cas échéant, je m'engage à verser à l'Ordre la différence entre la somme acquittée et le montant correspondant à la catégorie de cotisation « membre régulier ».

En foi de quoi, j'ai signé à _____
VILLE

ce _____

ANNÉE | MOIS | JOUR

NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES

NUMÉRO DU MEMBRE

X

SIGNATURE DU MEMBRE

ACCEPTÉE LE:

Pour déclarer le statut du membre qui exerce hors Québec, **vous devez obligatoirement remplir cette déclaration à chaque renouvellement de votre cotisation** et la soumettre soit par courriel : secretariat_general@oppq.qc.ca ou par fax: 514 351-2658 ou bien par la poste à notre siège social.

*RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE
DE L'ORDRE*