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 entrainera 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 **2025-2026** (du 1er avril 2025 au 31 mars 2026).
- 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 _____ ce _____
VILLE *ANNÉE | MOIS | JOUR*

_____ _____
NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES *NUMÉRO DU MEMBRE*

x _____
SIGNATURE DU MEMBRE

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 nôtre siège social.

ACCEPTÉE LE:

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE L'ORDRE