

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: sdumont@oppq.qc.ca

## DÉCLARATION DU MEMBRE QUI EXERCE HORS QUÉBEC

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_,  
*NOM DU MEMBRE*

résidant au \_\_\_\_\_,  
*ADRESSE COMPLÈTE*

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 **2019-2020** .
- 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*

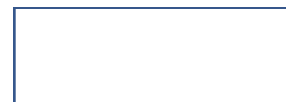
\_\_\_\_\_  
*NOM DU MEMBRE EN LETTRES MOULÉES*

\_\_\_\_\_  
*NUMÉRO DU MEMBRE*

**X** \_\_\_\_\_  
*SIGNATURE DU MEMBRE*

ACCEPTÉE LE:

POUR DÉCLARER LE STATUT DE MEMBRE QUI EXERCE HORS QUÉBEC, **VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT REMPLIR CETTE DÉCLARATION À CHAQUE RENOUVELLEMENT DE VOTRE COTISATION** ET LE FAIRE PARVENIR SOIT PAR COURRIEL: SDUMONT@OPPQ.QC.CA OU PAR FAX: 514 351-2658 OU BIEN PAR LA POSTE À NOTRE SIÈGE SOCIAL.



RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE  
L'ORDRE