



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

## DÉCLARATION SOUS SERMENT - MODIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

### OBJECTIF :

Selon le *Règlement sur l'exercice de la pharmacie en société*, la société est constituée exclusivement aux fins de l'exercice de la pharmacie. (Règlement, Section II, 1 et 2)

9. *Pour conserver son droit d'exercer sa profession en société, l'associé ou l'actionnaire, administrateur ou dirigeant, doit mettre à jour les renseignements et les documents visés aux articles 6 et 7, à l'exception de l'adresse domiciliaire des associés, des actionnaires, des administrateurs et des dirigeants.*

*Le répondant doit transmettre au secrétaire de l'Ordre, dans un délai de 30 jours suivant toute modification, une déclaration amendée sous serment décrivant la modification. Cette déclaration doit être accompagnée, s'il y a lieu, des documents attestant de telles modifications ainsi que des frais prévus à l'article 11.*

*La déclaration amendée, ainsi que les documents qui tiennent lieu de déclaration visée au paragraphe 3<sup>o</sup> de l'article 187.11 du Code des professions.*

10. *Lorsque la modification consiste en l'ajout d'un pharmacien comme associé ou actionnaire de la société, celui-ci doit également signer la déclaration modificative, laquelle doit alors contenir la désignation et la confirmation prévues aux paragraphes 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> de l'article 6.*

11. *Les frais exigibles par l'Ordre sont de 500 \$ pour une déclaration visée à l'article 6 et de 50 \$ pour une déclaration amendée visée à l'article 9. (ajouter les taxes)*

### 1. Identification de la société

Nom : \_\_\_\_\_

(le nom doit être conforme au *Code des professions* art 187.13, à la *Loi sur la pharmacie* art. 25 et au *Règlement sur la tenue de pharmacies* art. 13.)

Numéro matricule décerné par le R.E.Q. (Registraire des entreprises) : \_\_\_\_\_

### 2. Forme juridique de la société (si différente de la déclaration initiale)

Société en nom collectif à responsabilité limitée **S.E.N.C.R.L.**

Société par actions **S.P.A.**

Date de début des activités : \_\_\_\_\_

### 3. Adresse du siège de la société (si différente de la déclaration initiale)

N° civique : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

### 4. Adresse(s) des établissements au Québec. Cochez ici si vous utilisez une feuille annexée pour plus d'établissements

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse complète: \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**4. Liste** de tous les associés et actionnaires, administrateurs et dirigeants de la société : (nom, domicile professionnel et n° de permis)  
Cochez ici si vous utilisez une feuille annexée pour plus d'associés

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Domicile professionnel: \_\_\_\_\_  
Adresse Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Domicile professionnel: \_\_\_\_\_  
Adresse Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Domicile professionnel: \_\_\_\_\_  
Adresse Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Domicile professionnel: \_\_\_\_\_  
Adresse Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Domicile professionnel: \_\_\_\_\_  
Adresse Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Domicile professionnel: \_\_\_\_\_  
Adresse Ville Code postal

**5. Changement**, parmi les associés ou les actionnaires, du **nom du répondant** ainsi que la confirmation de son acceptation du mandat et de son engagement à s'assurer de l'exactitude des renseignements fournis à l'ordre et à aviser sans délai l'Ordre de la fin de son mandat; (déclaration d'acceptation remplie par le pharmacien répondant en page 4)

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**6. Confirmation** donnée par les associés, actionnaires et administrateurs que :

- tous les documents joints à la déclaration sont conformes aux originaux, qu'ils n'ont fait l'objet d'aucune modification et que les renseignements y apparaissant sont complets et exacts;
- la détention des parts sociales et actions émises et en circulation respecte le *Règlement sur l'exercice de la pharmacie en société*.



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

## ASSERMENTATION DES PHARMACIENS EXERÇANT LA PHARMACIE EN SOCIÉTÉ (ASSOCIÉS/ACTIONNAIRES)

L'assermentation solennelle est faite par un commissaire à l'assermentation, un juge de paix, un avocat, un notaire, un maire, un greffier ou un secrétaire – trésorier d'une municipalité

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées

**Affirmé solennellement devant moi**, à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées - Titre

**Affirmé solennellement devant moi**, à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées - Titre

**Affirmé solennellement devant moi**, à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées - Titre

**Affirmé solennellement devant moi**, à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées - Titre

**Affirmé solennellement devant moi**, à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées - Titre

**Affirmé solennellement devant moi**, à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Nom et prénom en lettres moulées - Titre



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

**NE PAS REMPLIR SI ACTIONNAIRE UNIQUE DANS UNE SOCIÉTÉ PAR ACTIONS**

**CONFIRMATION D'ACCEPTATION DU RÉPONDANT**

7. Le répondant est désigné parmi les associés ou les actionnaires. Il est alors mandaté, en application du présent règlement :
- a. Pour répondre aux demandes formulées par le syndic, le syndic-adjoint, un inspecteur, un enquêteur, le secrétaire ou un autre représentant de l'Ordre;
  - b. Pour fournir les documents que les pharmaciens sont tenus de transmettre à l'Ordre conformément à la *Loi sur la pharmacie*, au *Code des professions* et aux règlements pris pour leur application ;
  - c. Pour recevoir toute correspondance de l'Ordre, y compris un avis de non-conformité adressé à la société ou à un pharmacien ;
- Le répondant qui accepte le mandat doit s'assurer de l'exactitude de tous les renseignements fournis à l'Ordre. Il doit également aviser, sans délai, ce dernier de la fin de son mandat. À défaut, un pharmacien, associé ou actionnaire, doit transmettre cet avis à l'Ordre.
8. 2<sup>e</sup> paragraphe : Le répondant doit transmettre au secrétaire de l'Ordre, dans un délai de 30 jours suivant toute modification, une déclaration amendée sous serment décrivant la modification. Cette déclaration doit être accompagnée, s'il y a lieu, des documents attestant de telles modifications ainsi que les frais prévus à l'article 11.

**Répondant :**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Domicile professionnel: \_\_\_\_\_  
Adresse Ville Code postal

**J'affirme :**

**- avoir été désigné parmi les associés ou actionnaires, comme répondant pour la société:**

Nom de la société : \_\_\_\_\_

**- avoir accepté lors de la réunion du :** \_\_\_\_\_  
Date de la réunion

**Adresse de correspondance, si différente de celle du siège de la société:**

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_