



FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉVISION D'UNE DÉCISION DU SYNDIC



Vous avez 30 jours, à compter de la réception de la décision du syndic pour déposer une demande de révision. À la suite de la réception de votre demande, le comité de révision vous fera part de sa décision dans les 90 jours.

❖ RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville / Province :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

❖ RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCISION DU SYNDIC QUI FAIT L'OBJET DE LA DEMANDE DE RÉVISION

Numéro du dossier d'enquête (si connu) :

Nom du membre pharmacien visé par la décision du syndic (si connu) :

Nom du syndic qui a rendu la décision :

Date de réception de la décision du syndic :

❖ RAISONS QUI MOTIVENT VOTRE DEMANDE DE RÉVISION

Signature :

Date :

Inscrire votre nom ci-dessus équivaut à une signature.

❖ **RETOURNEZ CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI ET SIGNÉ :**



Par la poste :

Ordre des pharmaciens du Québec
Direction des affaires juridiques
A l'attention du secrétaire du comité de révision
266 rue Notre-Dame Ouest, bureau 301
Montréal (QC) H2Y 1T6



Par courriel :

dajso@opq.org