

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION (suite...)

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE EMPLOI

ACTIVITÉS PRINCIPALES DE L'ENTREPRISE :

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Prothèse complète amovible | <input type="radio"/> Prothèse squelettique |
| <input type="radio"/> Prothèse partielle amovible | <input type="radio"/> Maxillo-faciale |
| <input type="radio"/> Prothèse partielle fixe | <input type="radio"/> Implant |
| <input type="radio"/> Orthodontie | |

SECTEUR DE L'ENTREPRISE : Gouvernemental Privé

TYPE DE TRAVAIL : ↗ Poste occupé : _____

 ↗ À l'emploi depuis : _____

 ↗ Propriétaire Employé

 ↗ Permanent Temporaire

 ↗ Temps plein Temps partiel

NE PAS OUBLIER D'INCLURE LES DOCUMENTS SUIVANTS

Chèque de **419,09 \$** (345 \$ cotisation; 24,15 \$ TPS (7 %); 27,69 \$ TVQ (7,5 %); 22,25\$ financement de l'Office des professions du Québec)

à l'ordre de «Ordre des techniciennes et techniciens dentaires du Québec» ou «OTTDQ»

Demande de réintégration dûment remplie et signée **AUCUN FRAIS DE RÉINTÉGRATION en 2003-2004**

ASSURANCE-RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Je déclare détenir une assurance responsabilité professionnelle

Signature : _____

Assureur : _____

No de police : _____

Je déclare que la présente constitue ma demande de réintégration à l'Ordre des techniciennes et techniciens dentaires du Québec et que tous les renseignements y relatés sont vrais.

Je m'engage, par la présente, à prendre connaissance des règlements de l'Ordre et du Code des professions et à exercer conformément à ceux-ci.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

RETOURNER À :

ORDRE DES TECHNICIENNES ET TECHNICIENS DENTAIRES DU QUÉBEC
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 900
Montréal (Québec) H3A 3C6
Téléphone : (514) 282-3837 - Télécopieur : (514) 844-7556
Courriel : ottdq@affaires.com - site internet : www.ottdq.com