Ordre des comptables agréés du Québec
680, rue Sherbrooke Ouest, 18e étage Montréal (Québec) H3A 2S3
Tél. : 514 288.3256 Téléc. : 514 843.8375 Numéro sans frais : 1 800 363.4688
www.ocaq.qc.ca

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION

COORDONNÉES

NOM (en lettres moulées)

PRÉNOM USUEL (au long) | NUMÉRO DE PERMIS | NUMÉRO DE CLIENT

TOUS LES PRÉNOMS (selon l'acte de naissance)

ADRESSE - DOMICILE (N°, rue, app.)

VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL

CODE RÉGIONAL TÉLÉPHONE (DOMICILE) | CODE RÉGIONAL TÉLÉPHONE (BUREAU)

Date de naissance:

Correspondance: ☐ français ☐ anglais ☐ domicile ☐ employeur ☐ pas de correspondance

USAGE INTERNE

RETRAIT DU TABLEAU

ANNÉE

RAISON
Démission ☐
Non-paiement de la cotisation ☐
Expiration d'un permis temporaire ☐
Cas disciplinaire ☐
Assurance responsabilité ☐

EMPLOYEUR (En lettres moulées) **USAGE INTERNE** Numéro de l'employeur

Raison sociale :

Adresse : (N°, rue, bureau)

Ville | Province | Code postal

Tél. : ( )- Ligne directe : ( )- Télécopieur : ( )-

RECOMMANDATIONS

Nous, soussignés, membres de l'Ordre, recommandons le(la) candidat(e) et déclarons le(la) tenir pour une personne de bonne réputation et de bonnes moeurs et digne d'être admise à l'Ordre.

(Nom en lettres moulées) (Signature) CA N° de permis

(Nom en lettres moulées) (Signature) CA N° de permis

(Nom en lettres moulées) (Signature) CA N° de permis

SIGNATURE

- Je soussigné(e) demande par la présente que mon nom soit porté au Tableau des membres de l'Ordre. Je m'engage à respecter *la Loi sur les comptables agréés*, le *Code des professions*, le *Code de déontologie* de l'Ordre et tout règlement dûment adopté par le Bureau de l'Ordre.
- Je suis: ☐ membre en règle de: (Ordre provincial) depuis année mois

  (Annexer la preuve de votre appartenance à tout autre Ordre provincial)
- **OBLIGATOIRE** En vertu de l'article 59.3 du *Code des Professions*

  J'ai été déclaré(e) coupable d'une infraction criminelle (Répondez non si vous avez obtenu le pardon) Oui ☐ Non ☐

  Si oui, précisez la province ou le pays (annexer copies conformes de l'acte d'accusation et du jugement).

  J'ai fait l'objet d'une décision disciplinaire devant un ordre professionnel. Oui ☐ Non ☐

  Si oui, précisez lequel la province ou le pays (annexer copies conformes de la plainte et de la décision).

  Je comprends qu'une fausse déclaration peut entraîner l'annulation de ma demande.
- Je déclare: ☐ Ne pas avoir fait cession de mes biens et ne pas avoir fait l'objet d'une ordonnance de séquestre au sens de la *Loi sur la faillite*.

  ☐ Avoir fait cession de mes biens et avoir fait l'objet d'une ordonnance de séquestre au sens de la *Loi sur la faillite* (annexer la preuve de l'ordonnance de libération).
- J'autorise l'Ordre à communiquer à l'ICCA et aux comités régionaux de l'Ordre mes coordonnées :

  a) uniquement afin de recevoir des offres de biens et de services et à la condition qu'elles ne soient pas divulguées à des tiers. Oui ☐ Non ☐

  b) aux fins de la publication du répertoire de l'ICCA. Oui ☐ Non ☐

  (Si vous ne répondez pas aux questions a et b, nous considérerons l'autorisation accordée)
- Il est entendu que l'Ordre utilisera les informations personnelles recueillies sur ce formulaire aux fins de la gestion des dossiers des membres et que toute information sera traitée confidentiellement.
- Mon dossier sera conservé au service administratif de l'Ordre.

Et j'ai signé : Date :

À L'USAGE DE L'ORDRE

Date de paiement (année mois jour)

DROITS DE RÉINTÉGRATION	COTISATION IMPAYÉE DE L'ANNÉE DE LA RADIATION	COTISATION DE L'ANNÉE EN COURS	TOTAL (incluant taxes)
▲	▲	▲	▲

Comité régional

Comité électoral

Approuvé par le Bureau:

Signature du contrôleur

REG 21.4-03.96