

# Demande de Certificat d'autorisation révisé pour une société professionnelle de services infirmiers



COLLEGE OF NURSES  
OF ONTARIO  
ORDRE DES INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

L'EXCELLENCE EN SOINS

Veuillez consulter la Politique de protection des renseignements personnels à l'adresse: [www.cno.org/confidentialite](http://www.cno.org/confidentialite) pour comprendre la façon dont vos renseignements personnels seront utilisés.

## Instructions et liste de vérification

Les formulaires de demande de Certificat d'autorisation révisé pour une société professionnelle de services infirmiers (ci-après « société ») qui sont incomplets seront retournés.

Les frais de 169,50 \$ (TVH comprise) accompagnant le formulaire de demande révisé ne sont pas remboursables. Les frais doivent être payés au moyen d'une carte de crédit acceptée par l'OIIO.

### INSTRUCTIONS

Avant de soumettre votre demande de Certificat d'autorisation révisé, vous devez satisfaire aux critères suivants :

1. La Partie A de la demande est dûment signée par une administratrice (*doit être membre de l'OIIO*) qui est signataire autorisée de la société.
2. La même signataire a apposé sa signature au bas de la Partie B (Déclaration).
3. Chaque **NOUVELLE** administratrice (*doit être membre de l'OIIO*) de la société a signé la Partie C (Engagement). Par nouvelle administratrice s'entend un membre qui n'a pas déjà pris un engagement envers la société en signant la Partie C (Engagement). Faites autant de copies que nécessaire.
4. Chaque **NOUVELLE** actionnaire (*doit être membre de l'OIIO*) de la société a signé la Partie D (Engagement). Par nouvelle actionnaire s'entend un membre qui n'a pas déjà signé la Partie D (Engagement). Faites autant de copies que nécessaire.
5. Si vous devez joindre des pages supplémentaires à votre demande de Certificat d'autorisation révisé assurez-vous d'indiquer clairement à quelle partie du formulaire elles renvoient.

### LISTE DE VÉRIFICATION

La demande de Certificat d'autorisation révisé pour une société professionnelle de services infirmiers est incomplète si les documents suivants ne l'accompagnent pas :

- 1. la demande de Certificat d'autorisation révisé signée et remplie par la même administratrice de la société qui a signé la Déclaration (voir le point 3);
- 2. les droits exigés par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (169,50 \$); payer lorsque l'OIIO vous appelle.
- 3. la Déclaration signée par une administratrice de la société dans les 15 jours précédant l'envoi de la demande de Certificat d'autorisation révisé à la directrice générale;
- 4. une copie certifiée conforme d'un profil de société délivré par le ministère des Services gouvernementaux et Services aux consommateurs (ou un prestataire de services sous contrat avec le Ministère) dans les 30 jours précédant l'envoi de la demande de Certificat d'autorisation révisé à la directrice générale comme preuve qu'il s'agit d'une société active;
- 5. une copie certifiée conforme de tout certificat délivré à la société par le ministère des services gouvernementaux en vertu de la *Loi de l'Ontario sur les sociétés par actions* depuis la dernière demande de Certificat d'autorisation ou de renouvellement d'un Certificat d'autorisation;
- 6. la Partie C (Engagement) remplie par toutes les **NOUVELLES** administratrices de la société;
- 7. la Partie D (Engagement) remplie par toutes les **NOUVELLES** actionnaires de la société, sauf les administratrices qui ont rempli la Partie C.



# Demande de Certificat d'autorisation révisé pour une société professionnelle de services infirmiers

N° DE SOCIÉTÉ ÉMIS PAR LE MINISTÈRE

**1a) DÉNOMINATION SOCIALE**

**Remarque :** le nom de la société doit être conforme aux critères stipulés à l'article 1 du Règlement de l'Ontario 39/02 afférent à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (Ontario).

**1b) NUMÉRO DU CERTIFICAT D'AUTORISATION**

**1c) ANCIEN NOM DE LA SOCIÉTÉ**

**2) ADRESSE DE LA SOCIÉTÉ**

ADRESSE (n°, rue, bureau)

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉL

TÉLÉCOP

COURRIEL (facultatif)

**3) N'ACTIONNAIRE(S) À LA DATE DU DÉPÔT DE LA DEMANDE (doit être membre de l'OIIIO) ET COORDONNÉES (adresse et n° de téléphone professionnels; n° de certificat d'inscription de l'OIIIO) À CETTE DATE.**

N° du certificat d'inscription de l'OIIIO

Nom de famille

Prénoms (soulignez celui couramment utilisé)

Adresse professionnelle (n°, rue et bureau)

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Administratrice

Dirigeante

Charge occupée

N° du certificat d'inscription de l'OIIIO

Nom de famille

Prénoms (soulignez celui couramment utilisé)

Adresse professionnelle (n°, rue et bureau)

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Administratrice

Dirigeante

Charge occupée

N° du certificat d'inscription de l'OIIIO

Nom de famille

Prénoms (soulignez celui couramment utilisé)

Adresse professionnelle (n°, rue et bureau)

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Administratrice

Dirigeante

Charge occupée

(Joindre d'autres pages clairement marquées, le cas échéant)

RÉSERVÉ À L'OIIIO

Date Received:

Certificate No.:

Date Issued:

Date Denied:

N° du certificat d'inscription de l'OIIO

Nom de famille

Prénoms (soulignez celui couramment utilisé)

Adresse professionnelle (n°, rue et bureau)

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Administratrice

Dirigeante

Charge occupée

**4) NOM(S) DE LA OU DES PERSONNE(S) (doivent être membres de l'OIIO) QUI EXERCERONT POUR LE COMPTE DE LA SOCIÉTÉ, Y COMPRIS CELUI DES ACTIONNAIRES ET DU PERSONNEL INFIRMIER DE LA SOCIÉTÉ À LA DATE DU DÉPÔT DE LA DEMANDE.**

N° DU CERTIFICAT D'INSCRIPTION DE L'OIIO	NOM ET PRÉNOM

**5) LA SOCIÉTÉ EXERCE SES ACTIVITÉS COMMERCIALES AUX ENDROITS SUIVANTS :**

Adresse (n°, rue, bureau)

Ville

Code postal

Téléphone

Adresse (n°, rue, bureau)

Ville

Code postal

Téléphone

Adresse (n°, rue, bureau)

Ville

Code postal

Téléphone

Adresse (n°, rue, bureau)

Ville

Code postal

Téléphone

Adresse (n°, rue, bureau)

Ville

Code postal

Téléphone

Adresse (n°, rue, bureau)

Ville

Code postal

Téléphone

Adresse (n°, rue, bureau)

Ville

Code postal

Téléphone



## PARTIE B

### Déclaration

#### DOIT ÊTRE REMPLI PAR UNE **ADMINISTRATRICE**

Je, \_\_\_\_\_, une administratrice de \_\_\_\_\_,

[nom et prénom de l'infirmière]

[dénomination sociale complète de la société]

déclare par la présente que les énoncés suivants sont véridiques :

1. Je suis inscrite auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et détiens le certificat d'inscription n° \_\_\_\_\_ .
2. Je suis administratrice de la société et suis habilitée à demander un Certificat d'autorisation.
3. La société répond aux conditions énoncées à l'article 3.2 de la *Loi de l'Ontario sur les sociétés par actions* à la date à laquelle la présente Déclaration est signée.
4. La société n'entend pas exercer, et n'exercera pas, des activités commerciales autres que des services infirmiers ou des services liés ou accessoires à la profession infirmière.
5. Le statut de la société n'a pas changé depuis la date indiquée sur le certificat de statut joint à la demande de Certificat d'autorisation qui accompagne la présente Déclaration.
6. Les renseignements fournis dans la demande de Certificat d'autorisation qui accompagne la présente Déclaration sont complets et véridiques à la date à laquelle ce document a été signé.

Fait devant moi dans la ville de \_\_\_\_\_ dans la province de \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
A Commissioner of Oaths/Notary Public, etc.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Declarant)

## Engagement

### **DOIT ÊTRE REMPLI PAR TOUTES LES ADMINISTRATRICES**

Chaque administratrice de la société remplit un Engagement individuel.

Je, \_\_\_\_\_, membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers  
Nom de l'administratrice

de l'Ontario (l'« OIIO ») et actionnaire de \_\_\_\_\_ M'ENGAGE  
Nom de la société (la « société »)

VIS-À-VIS DE L'OIIO À :

1. Assumer la responsabilité professionnelle de tout acte ou acte d'omission commis par la société qui constituerait une faute professionnelle s'il était le fait d'un membre de l'OIIO.
2. Veiller à ce que la société ne pose ou ne fasse poser ou n'omette de poser ou fasse omettre de poser un geste qui constituerait une faute professionnelle s'il était le fait d'un membre de l'OIIO.
3. Veiller à ce que la société n'exerce ni la profession infirmière ni d'activités liées ou accessoires à la profession infirmière à moins de détenir un Certificat d'autorisation valide émis par l'OIIO.
4. Veiller à ce que la société n'exerce sous aucune autre dénomination que sa dénomination sociale officielle, une dénomination approuvée antérieurement par l'OIIO aux fins d'utilisation par une actionnaire de la société ou une dénomination autorisée par le Règlement.
5. Veiller à ce que la société respecte la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, les règlements y afférents et les règlements administratifs de l'OIIO.
6. Veiller à ce que l'OIIO soit immédiatement informé de tout changement concernant les actionnaires de la société et à ce que toute nouvelle actionnaire signe un Engagement et le soumette à l'OIIO dans les dix (10) jours suivant son entrée à la société comme actionnaire.
7. Veiller à ce que l'OIIO soit informé le plus rapidement possible de tout changement concernant le ou les lieux où la société exerce ses activités commerciales.
8. Veiller à ce que l'OIIO soit informé de mon retrait comme administratrice de la société dans les dix (10) jours qui suivent.
9. Je reconnais que toute infraction au présent Engagement pourrait donner lieu à des allégations de faute professionnelle — ne pas avoir respecté toutes les conditions de l'Engagement — et à une enquête du Comité de discipline.
10. Je reconnais avoir été informée de mon droit de consulter un avocat avant de signer le présent Engagement.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'administratrice

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom de l'administratrice (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Date

# PARTIE D

## Engagement

### DOIT ÊTRE REMPLI PAR CHACUNE DES **ACTIONNAIRES**

Chaque actionnaire de la société remplit un Engagement.

Je, \_\_\_\_\_, membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers

Nom de l'actionnaire

de l'Ontario (l'« OIIO ») et actionnaire de \_\_\_\_\_ M'ENGAGE

Nom de la société (la « société »)

VIS-À-VIS DE L'OIIO À:

1. Assumer la responsabilité professionnelle de tout acte ou acte d'omission commis par la société qui constituerait une faute professionnelle s'il était le fait d'un membre de l'OIIO.
2. Veiller à ce que la société ne pose ou n'omette de poser un geste qui constituerait une faute professionnelle si je l'avais posé ou omis de le poser.
3. Veiller à ce que l'OIIO soit informé de mon retrait comme actionnaire de la société dans les dix (10) jours qui suivent.
4. Je reconnais que toute infraction au présent Engagement pourrait donner lieu à des allégations de faute professionnelle — ne pas avoir respecté toutes les conditions de l'Engagement — et à une enquête du Comité de discipline.
5. Je reconnais avoir été informée de mon droit de consulter un avocat avant de signer le présent Engagement.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'actionnaire

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom de l'actionnaire (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Date