



Formulaire de demande de révision d'une décision du bureau du syndic

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>

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

Nom de l'ergothérapeute visé par la décision du syndic	<input type="text"/>
Nom du syndic qui a rendu la décision	<input type="text"/>
Numéro de dossier du syndic (si connu)	<input type="text"/>
Date de réception de la décision du syndic	<input type="text"/>

MOTIFS DE RÉVISION

Signature Date

Pour les fins du présent formulaire, le fait pour le demandeur d'inscrire son nom ci-dessus équivaut à sa signature.

Retournez le formulaire au :

Comité de révision
Ordre des ergothérapeutes du Québec
2021, avenue Union, bureau 920
Montréal (Québec) H3A 2S9
ou par télécopieur au 514 844-0478
ou par courriel à ergo@oeq.org