

Entente de transfert des dossiers entre

Prénom et nom de la ou du sexologue		
Numéro de permis : _____		
Adresse : _____	Ville : _____	Code postal : _____

Prénom et nom de la ou du sexologue		
Numéro de permis : _____		
Adresse : _____	Ville : _____	Code postal : _____

Cette entente concerne :

- Nomination préventive
- Cessation temporaire
- Cessation permanente

Date de fin prévue : _____

À la secrétaire de l'OPSQ,

Je confirme avoir pris les dispositions nécessaires pour que, _____, sexologue et cessionnaire, puisse prendre possession de mes dossiers.

le _____

le moment venu

Sexologue : _____ Date : _____

À la secrétaire de l'OPSQ,

J'accepte d'être cessionnaire des dossiers de ma ou de mon collègue. J'ai pris connaissance des responsabilités qui m'incombent en tant que cessionnaire

Sexologue cessionnaire : _____ Date : _____

Veillez faire parvenir cette entente à Isabelle Beaulieu, directrice générale et secrétaire, Ordre professionnel des sexologues du Québec, 1200, rue Papineau, bureau 450, Montréal (Québec) H2K 4R5

La copie signée doit être acheminée à info@opsq.org

Réservé à l'OPSQ

Par : _____

Date de réception : _____