



NUMÉRO DE PERMIS _____

1. IDENTIFICATION (NOM DE LA RAISON SOCIALE, CORRIGEZ S'IL Y A LIEU)

Nom _____ Prénom _____

Appartement, numéro _____ Rue, case postale ou route rurale _____ Ville _____
()

Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

1.1 **DATE DE CESSATION** _____ 1.2 **DATE DE LA FIN DE LA PRISE** _____
(année/mois/jour) **DE POSSESSION DES EFFETS** (année/mois/jour)
(Si garde provisoire)

2. CESSIONNAIRE OU GARDIEN PROVISOIRE (NOM DE LA RAISON SOCIALE)

Nom _____ Prénom _____

Appartement, numéro _____ Rue, case postale ou route rurale _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

2.1 **DATE DE LA CESSION OU DU DÉBUT DE LA GARDE PROVISOIRE** _____
(année/mois/jour)

Veillez joindre une copie de la Convention concernant la cession ou la garde provisoire des effets d'une infirmière en pratique privée.

3. AUCUN CESSIONNAIRE OU GARDIEN PROVISOIRE

3.1 **DATE À LAQUELLE VOUS REMETTREZ VOS EFFETS** _____
À LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE L'OIIQ (année/mois/jour)

4. SIGNATURE ET DATE

J'ai dûment rempli ce formulaire et affirme que tous les renseignements sont vrais.

SIGNATURE _____ **DATE** _____
(année/mois/jour)



Je

Nom du cessionnaire ou du gardien provisoire

N^o de permis d'exercice

exerçant au

adresse du lieu principal d'exercice

N^o téléphone

consens à ce que

Nom de l'infirmière cessant d'exercer

N^o de permis d'exercice

exerçant au

adresse du lieu principal d'exercice

N^o téléphone

me cède ou transfère ses effets dont la liste est jointe
à la présente convention en date du

date de la prise des effets

pour le ou les motifs suivants :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cessation, limitation ou suspension temporaire | <input type="checkbox"/> Cessation, limitation ou suspension permanente |
| <input type="checkbox"/> Congé, maladie | <input type="checkbox"/> Cessation définitive de la pratique ou décès |
| <input type="checkbox"/> Occupation d'une autre fonction qui empêche de poursuivre la pratique | <input type="checkbox"/> Révocation du permis |
| <input type="checkbox"/> Radiation provisoire ou temporaire | <input type="checkbox"/> Radiation permanente |
| <input type="checkbox"/> Limitation ou suspension temporaire du droit d'exercer certaines activités professionnelles | <input type="checkbox"/> Limitation ou suspension permanente du droit d'exercer certaines activités professionnelles |
| | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ |

La prise de possession des effets prendra fin le

Ne s'applique pas

date de la fin de la prise des effets, s'il y a lieu

Nom de l'infirmière cessant d'exercer

signature

Nom du cessionnaire ou du gardien provisoire

signature

La Convention
a été signée le

date de la signature

heure

endroit

RESPONSABILITÉS DU GARDIEN PROVISOIRE OU DU CESSIONNAIRE

Les responsabilités du cessionnaire et du gardien provisoire sont édictées par le *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*.

Le cessionnaire ou le gardien provisoire s'engage à :

- prendre les mesures de conservation nécessaires pour protéger les intérêts des clients, ce qui inclut le respect des règles relatives à la protection des renseignements de nature confidentielle contenus dans les dossiers et les registres qu'il a en sa possession ou dont il assume la garde ;
- assurer le respect des droits des clients, notamment le droit de prendre connaissance des documents qui les concernent dans les dossiers constitués à leur sujet ainsi que celui d'obtenir une copie de ces documents ;
- donner l'un ou l'autre des avis suivants, lors d'une cession ou si la durée de la garde provisoire excède un mois, au plus tard le trentième jour qui suit la date de prise de possession des effets :
 1. un avis publié au moins deux fois, à 10 jours d'intervalle, dans un journal quotidien diffusé dans la région où exerçait l'infirmière ;ou
 2. un avis écrit à chaque client de l'infirmière. Cet avis doit comporter les informations suivantes :
 - la date et le motif de la prise de possession des effets ;
 - le délai imparti aux clients de l'infirmière pour accepter la cession, reprendre les effets qui leur appartiennent ou en demander le transfert à un autre membre de l'Ordre ou à un autre professionnel ;
 - l'adresse, le numéro de téléphone et les heures de bureau où le cessionnaire ou le gardien provisoire, selon le cas, peut être joint.
- acheminer au secrétaire de l'Ordre une copie de l'avis publié ou envoyé à chaque client.

À la suite d'une cession des effets d'une infirmière, le cessionnaire est tenu de conserver les effets pendant une période d'au moins cinq ans à compter de la date de prise de possession des effets.