



## Cessation d'activité d'un laboratoire de radiologie diagnostique

---

Dossier au LSPQ : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, atteste de la fermeture du laboratoire de radiologie  
(Nom du titulaire en lettres moulées)

situé au \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_.  
(Adresse du laboratoire) année/mois/jour

☐ Je ne désire donc pas renouveler mon permis de radiologie.

☐ Je joins à ce formulaire une preuve de débranchement de mes appareils radiologiques.

ou

☐ Je transmettrai la preuve de débranchement de mes appareils radiologiques ultérieurement. Je suis conscient que mon dossier demeurera actif/non conforme jusqu'à ce que le LSPQ reçoive la preuve de débranchement.

et/ou

☐ Mes appareils radiologiques ont été vendus. Voici les coordonnées de l'acheteur :

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone

Signature du titulaire \_\_\_\_\_

SVP retourner ce document par :

- télécopieur au 514-457-6346
- courriel à im\_Lspq@inspq.qc.ca
- la poste à l'adresse suivante :

**Laboratoire de santé publique du Québec**  
**Secteur de l'imagerie médicale**  
**20045, chemin Sainte-Marie**  
**Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec)**  
**H9X 3R5**

---