



Changement de titulaire ou de raison sociale

_____	#Dossier : _____
Nom actuel de la clinique	
Titulaire actuel : _____	_____
(Prénom et nom)	(No. de permis de l'ordre prof.)
_____	_____
Signature du titulaire actuel	Date

Nouveau nom de la clinique (s'il y a lieu)	
Adresse de la clinique :	

Nouveau titulaire : _____	_____
(Prénom et nom)	(No. de permis de l'ordre prof.)
_____	_____
Signature du nouveau titulaire	Date

Changements effectifs le : _____

SVP retourner ce formulaire :

- par télécopieur au (514) 457-6346
- par courriel à im_lspq@inspq.qc.ca
- par la poste à l'adresse suivante :

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