

DIRECTION DES ENQUÊTES

1250, boul. René-Lévesque O., bur. 3500, Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél. : 514 933-4787 ou 1 888 633-3246, poste 4787

Télec. : 514-933-2291 | info@cmq.org**COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC****Exercice illégal de la médecine****Formulaire de demande d'enquête**

Vous pouvez utiliser ce formulaire pour déposer une demande d'enquête au sujet d'une personne qui se livre illégalement à une ou des activités médicales ou qui usurpe le titre de docteur.

Remplissez ce formulaire à l'écran ou imprimez-le afin de le remplir à la main. Puis, acheminez-le à la Direction des enquêtes aux coordonnées mentionnées dans l'en-tête. N'hésitez pas à nous contacter pour toute autre question.

A – Vos coordonnées

Veillez noter que les coordonnées que vous fournissez sont celles que le Collège des médecins utilisera pour vous joindre.

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse (n°) : _____ Rue : _____ Appartement (n°) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____

Courriel : _____

B - Coordonnées de la personne visée

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Profession : _____

À quel endroit la consultation a-t-elle eu lieu (nom de clinique ou d'entreprise, s'il y a lieu)? :

Adresse (n°) : _____ Rue : _____ Ville : _____

C - Description de vos préoccupations

Fournissez une description de la situation en précisant :

- la nature de votre plainte ou de votre insatisfaction;
- les raisons pour lesquelles vous avez consulté cette personne;
- l'endroit où ces consultations ou événements se sont déroulés;
- la description chronologique des événements;
- les dates auxquelles les consultations ou les traitements ont eu lieu;
- la nature des préjudices subis, s'il y a lieu.

Si nécessaire, vous pouvez ajouter une ou plusieurs feuilles. Joignez une copie de tous les documents pertinents pour l'étude de votre demande (**y compris tout enregistrement**), s'il y a lieu.

Consentiriez-vous à témoigner devant la Cour, le cas échéant?

Oui

Non

Signature : _____

Date : _____