



## DÉCLARATION D'UN TECHNOLOGISTE MÉDICAL RETRAITÉ

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

Numéro de membre \_\_\_\_\_

Déclare ce qui suit :

1. Je demande à être inscrit dans la classe de cotisation des technologistes médicaux retraités;
2. J'assume à cet égard la cotisation annuelle de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec pour la classe de cotisation des technologistes médicaux retraités ainsi que la contribution au financement de l'Office des professions du Québec et à l'assurance responsabilité professionnelle, lesquels sont obligatoires ;
3. Je m'engage formellement à **ne pas pratiquer de façon rémunérée** à temps plein, à temps partiel ou occasionnel dans le domaine du laboratoire médical (ex. : prélèvements, analyses, formateur, consultant, etc.) ;
4. Je m'engage à utiliser le titre Technologiste médical ou les initiales TM qu'en le faisant suivre du mot retraité(e) ;
5. Je comprends que la réintégration à la classe de cotisation de *technologiste médical* peut donner lieu à une obligation de mise à jour si l'absence du milieu a été de plus de 5 ans;
6. Je demeure soumis au Code de déontologie des technologistes médicaux, aux lois et règlements régissant la profession et le défaut de me conformer à la présente déclaration me rend passible de poursuite disciplinaire.
7. Je comprends que le changement pour récupérer tous les droits de pratique peut s'effectuer en cours d'année en payant la différence de la cotisation en cours.

En foi de quoi, je signe,

\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.  
(Lieu) (Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature)

Veillez retourner ce formulaire à l'attention du service de la comptabilité, OPTMQ 281, av. Laurier Est  
Montréal QC H2T 1G2 Tél. : 1 800 567-7763 courriel : [info@optmq.org](mailto:info@optmq.org)