



# RÉGIME D'ÉPARGNE-ÉTUDES (REE) DEMANDE

# RÉGIME D'ÉPARGNE-ÉTUDES (RÉÉ) Demande de nouveau compte

Conseils en planification de placements ou aide pour remplir la présente — appelez :  
1.800.561.9401 ou 416.296.9401

Contrat de rente établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Veillez retourner la demande dûment remplie au :  
CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4  
Courriel : cdspi@cdspi.com

20-

## ZONES OMBRÉES RÉSERVÉES À L'USAGE DU BUREAU

### RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU — RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME :

Nom du promoteur du régime : CDSPi

Nom du fiduciaire : Fiducie de la Financière Sun Life Inc.

Contrat de rente collectif n° 62941-G

(RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU) RÉGIME N° :

Régime REE n°

## SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR L'ADMISSIBILITÉ

Remplir A, B ou C.

- A.  Dentiste  
 Membre d'une association dentaire provinciale ou territoriale\*  
 \* À l'exclusion de l'ACDQ au Québec.

OU  
 Membre de l'ADC \_\_\_\_\_  
 Numéro exclusif

- Membre<sup>†</sup> de la famille admissible du dentiste admissible  
 Nom du dentiste \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté avec le dentiste \_\_\_\_\_

- OU  
 B.  Hygiéniste  
 Assistant dentaire accrédité  
 Autre employé  
 Membre<sup>†</sup> de la famille admissible de l'hygiéniste, de l'assistant dentaire ou de l'employé  
 Nom de l'employeur \_\_\_\_\_  
 Nom de l'hygiéniste, de l'assistant dentaire ou de l'employé :

\_\_\_\_\_  
 Nom de famille Prénom Initiale(s)  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_

- OU  
 C.  Membre du personnel d'une association  
 Membre<sup>†</sup> de la famille admissible d'un membre du personnel d'une association  
 Nom de l'association \_\_\_\_\_  
 Nom du membre du personnel de l'association :  
 \_\_\_\_\_  
 Nom de famille Prénom Initiale(s)  
 Lien de parenté \_\_\_\_\_

<sup>†</sup> Les membres de la famille admissibles d'un participant admissible comprennent son conjoint ou conjoint de fait ou partenaire de même sexe, ses enfants, ses parents, ses frères et sœurs, ses petits-enfants, ses grands-parents et ses beaux-parents.

## SECTION 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE SOUSCRIPTEUR/CO-SOUSCRIPTEUR

### Renseignements sur le souscripteur :

- A. Titre (cocher une case) :  Dr  M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_  
 Nom de famille Prénom Initiale(s)

- B. Sexe  Homme  Femme

C. Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

- D. Profession (si elle n'est pas indiquée à la Section 1)

- E. Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

- F. Adresse postale (cocher une case) :  Domicile  Bureau

\_\_\_\_\_  
 Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

\_\_\_\_\_  
 Ville Province Code postal

- G. N° de téléphone (domicile) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

- H. N° de téléphone (bureau) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

- I. Adresse de courriel \_\_\_\_\_

- J. N° de télécopieur (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le co-souscripteur (le cas échéant — doit être le conjoint du souscripteur)

- A. Titre (cocher une case) :  Dr  M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_  
 Nom de famille Prénom Initiale(s)

- B. Sexe  Homme  Femme

C. Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

- D. Profession (si elle n'est pas indiquée à la Section 1)

- E. Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

- F. Adresse postale (cocher une case) :  Domicile  Bureau

\_\_\_\_\_  
 Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

\_\_\_\_\_  
 Ville Province Code postal

G. N° de téléphone (domicile) ( ) \_\_\_\_\_

H. N° de téléphone (bureau) ( ) \_\_\_\_\_

I. Adresse de courriel \_\_\_\_\_

J. N° de télécopieur ( ) \_\_\_\_\_

### SECTION 3 CHOIX EN MATIÈRE DE SERVICE

A. Choix de langue (cocher une case) :

- |            | Souscripteur             | Co-souscripteur*         |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| • Français | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Anglais  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. PARTICIPANTS DU QUÉBEC SEULEMENT

(cocher si le choix de langue est l'anglais)

Je soussigné, le souscripteur, requiers que la présente demande et les documents y afférents soient rédigés en anglais et que les documents futurs se rapportant à ma participation au régime me soient communiqués en anglais.

Souscripteur	Co-souscripteur*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Directives : J'autorise et demande par les présentes au CDSPI et au CDSPI Services consultatifs Inc. d'accepter les directives que je donne aux membres du personnel du CDSPI et du CDSPI Services consultatifs Inc. par téléphone, Internet et/ou facsimilé.

- |   | Souscripteur             | Co-souscripteur*         |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Non   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Oui (si « Oui », fournir signature et date) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Signature du souscripteur (obligatoire)

Jour	Mois	Année	



Signature du co-souscripteur\* (le cas échéant)

Jour	Mois	Année	

D. Accès à une personne supplémentaire : Je désire accorder à une autre personne l'accès à mon compte.

- |        | Souscripteur             | Co-souscripteur*         |
|--------|--------------------------|--------------------------|
| • Non  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Oui† | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* Donner ces renseignements seulement si un co-souscripteur est nommé dans le compte.

† Si vous désirez qu'une autre personne ait un accès complet à votre compte, vous devez remplir un formulaire de procuration et nous le retourner avec la présente demande. Si vous désirez que l'accès soit limité à l'autorisation de transfert de fonds et nous le retourner. Pour obtenir ces formulaires, veuillez appeler le CDSPI ou les télécharger à partir du site [www.cdspi.com](http://www.cdspi.com).

### SECTION 4 RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

(Les renseignements visant à « Connaître le client » sont utilisés dans le but de personnaliser votre stratégie de placement.)

A. Niveau de connaissance en matière de placement (cocher une case pour chaque souscripteur\*) :

- |   | Souscripteur             | Co-souscripteur*         |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • <b>Bas</b> (Je suis novice dans le domaine du marché et des placements.)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <b>Modeste</b> (Je m'y connais un peu et je possède une faible connaissance du marché et des placements.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Souscripteur Co-souscripteur\*

- **Moyen** (Je m'y connais pour ce qui est des divers types de placement et leurs profils de risque connexes. Je suis à l'aise pour choisir les fonds de placement.)
- **Élevé** (Je possède une connaissance très poussée du marché et des types de placement disponibles. Je peux mettre sur pied mon propre portefeuille sans difficulté.)

B. Avoir net personnel approximatif (cocher une case pour chaque souscripteur\*) :

- |                           | Souscripteur             | Co-souscripteur*         |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Moins de 25 000 \$      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 25 000 \$ - 49 999 \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 50 000 \$ - 99 999 \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 100 000 \$ - 199 999 \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 200 000 \$ - 500 000 \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Plus de 500 000 \$      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Revenu annuel (cocher une case pour chaque souscripteur\*) :

- |                          | Souscripteur             | Co-souscripteur*         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Moins de 25 000 \$     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 25 000 \$ - 49 999 \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 50 000 \$ - 74 999 \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 75 000 \$ - 125 000 \$ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Plus de 125 000 \$     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* Donner ces renseignements seulement si un co-souscripteur est nommé dans le compte.

### RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU — PROFIL DE PLACEMENT :

Tolérance au risque

(exprimée en tant que % - total 100 %) :  
Élevée \_\_\_\_\_ %  
Moyenne \_\_\_\_\_ %  
Faible \_\_\_\_\_ %

Horizon de placement (cocher une case) :  
 moins de 1 an  
 1 - 3 ans  
 3 - 7 ans  
 plus de 7 ans

### SECTION 5 DEMANDE DE :

(Cocher une case) :

- Régime individuel** (remplir la Section 6 ci-dessous)  
Régime déterminé\*  Oui  Non
- Régime familial** — Chaque bénéficiaire doit être lié au souscripteur par les liens du sang (selon la définition de la Loi de l'impôt sur le revenu) ou par adoption (remplir la Section 7 ci-dessous)

\* Par « régime déterminé », on entend un régime d'un bénéficiaire invalide qui répond à certaines conditions énoncées dans la Loi de l'impôt sur le revenu.

## SECTION 6 RÉGIME INDIVIDUEL — DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE\*

La personne suivante est désignée comme bénéficiaire pour recevoir les paiements d'aide aux études aux termes du présent régime (les souscripteurs ayant le droit de changer le bénéficiaire en tout temps) :

**Nom** \_\_\_\_\_  
(tel qu'il apparaît sur sa carte d'assurance sociale)

**Adresse** \_\_\_\_\_  
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

Ville Province Code postal

**Sexe**  Homme  Femme

**Date de naissance** \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

**Numéro d'assurance sociale** \_\_\_\_\_

**Lien de parenté avec le souscripteur** \_\_\_\_\_

**Nom du parent/tuteur/responsable public**  
(si le bénéficiaire est âgé de moins de 19 ans)

**Adresse** \_\_\_\_\_  
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

Ville Province Code postal

## SECTION 7 RÉGIME FAMILIAL — DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES\*

La ou les personnes suivantes sont désignées comme bénéficiaires pour recevoir les paiements d'aide aux études aux termes du présent régime (les souscripteurs ayant le droit de changer de bénéficiaires et la répartition des cotisations en tout temps) :

**A. Nom** \_\_\_\_\_  
(tel qu'il apparaît sur sa carte d'assurance sociale)

**Adresse** \_\_\_\_\_  
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

Ville Province Code postal

**Sexe**  Homme  Femme

**Date de naissance** \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

**Numéro d'assurance sociale** \_\_\_\_\_

**Lien de parenté avec le souscripteur** \_\_\_\_\_

**Nom du parent/tuteur/responsable public**  
(si le bénéficiaire est âgé de moins de 19 ans)

**Adresse** \_\_\_\_\_  
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

Ville Province Code postal

**B. Nom** \_\_\_\_\_  
(tel qu'il apparaît sur sa carte d'assurance sociale)

**Adresse** \_\_\_\_\_  
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

Ville Province Code postal

**Sexe**  Homme  Femme

**Date de naissance** \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

**Numéro d'assurance sociale** \_\_\_\_\_

**Lien de parenté avec le souscripteur** \_\_\_\_\_

**Nom du parent/tuteur/responsable public**  
(si le bénéficiaire est âgé de moins de 19 ans)

**Adresse** \_\_\_\_\_  
Numéro civique et nom de la rue, appartement ou bureau

Ville Province Code postal

## C. Répartition des cotisations au régime (régime familial seulement) :

En parts égales entre les bénéficiaires ; ou

Nom du bénéficiaire	Pourcentage
<b>A.</b> _____ % Nom de famille Prénom Initiale(s)	
<b>B.</b> _____ % Nom de famille Prénom Initiale(s)	

**N.B. :** Si plus de deux bénéficiaires sont désignés, veuillez indiquer le nom des autres bénéficiaires et les renseignements sur le parent ou le tuteur sur une feuille distincte appelée « Annexe A ». Pour obtenir ce formulaire, veuillez appeler le CDSPI ou le télécharger à partir du site [www.cdspi.com](http://www.cdspi.com).

Cocher ici  si une Annexe A est ci-jointe.

\* Chaque bénéficiaire désigné doit avoir un numéro d'assurance sociale et être un résident canadien tant au moment de la désignation qu'à n'importe quel moment où une cotisation est versée pour le bénéficiaire. Il peut y avoir des exceptions en cas de transferts en provenance d'autres REEE.

## SECTION 8 DATE DE RÉSILIATION DU RÉGIME

**A. Dernière date de cotisations au régime :** \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

(Pas plus de 31 ans après la fin de l'année d'établissement du régime.)

**B. Date de résiliation du régime :** \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

(Pas plus de 35 ans après la fin de l'année d'établissement du régime ou pas plus de 40 ans s'il s'agit d'un « régime déterminé ».)

## SECTION 9 RÉPARTITION DE L'ACTIF

### A. Type de cotisation initiale (cocher une case) :

Dépôt

Transfert provenant d'un autre REEE

(Dans le cas d'un transfert provenant d'un REEE existant, il vous faudra remplir le formulaire de transfert et le soumettre avec la présente demande. Pour obtenir le formulaire de transfert, veuillez appeler le CDSPI ou le télécharger à partir du site [www.cdspi.com](http://www.cdspi.com).)

### B. Veuillez placer ma cotisation comme indiqué (S'il s'agit de fonds garantis, veuillez préciser les termes (de 1 à 5 ans). Consultez la feuille Description des fonds du CDSPI ou visitez le [www.cdspi.com](http://www.cdspi.com) pour obtenir la liste des fonds du CDSPI) :

Nom du fonds de placement	Montant ou pourcentage
1. _____	_____ \$/%
2. _____	_____ \$/%
3. _____	_____ \$/%
4. _____	_____ \$/%
5. _____	_____ \$/%
6. _____	_____ \$/%
7. _____	_____ \$/%
8. _____	_____ \$/%
(Veuillez faire un chèque à l'ordre du CDSPI.) <b>Total</b>	_____ \$/%

## SECTION 10 ENTENTE DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES

### (Facultatif : pour les cotisations par prélèvement automatique)

#### A. Compte à débiter (cocher une case) :

Personnel

Nom du ou des titulaires : \_\_\_\_\_

Professionnel

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Établissement financier \_\_\_\_\_

N° de l'établissement (3 chiffres)

N° de domiciliation (5 chiffres)

N° de compte en dollars canadiens (jusqu'à 11 chiffres)

#### Joindre un modèle de chèque portant la mention « NUL ».

#### B. Prélèvements

 Veuillez prélever une cotisation de \_\_\_\_\_ \$

une fois par semaine 7, 14, 21 et 28 du mois

deux fois par mois –  1<sup>er</sup> et 15 du mois OU

15 et 28 du mois

une fois par mois \_\_\_\_\_ du mois

et l'investir dans les fonds indiqués à la Section 9.

(N.B. Les 29, 30 et 31 du mois ne sont pas permises comme dates de prélèvements automatiques. Si la date n'est pas spécifiée, le prélèvement automatique sera effectué une fois par mois, le 1<sup>er</sup> du mois.)

C. Commence le     
Jour Mois Année

**D. Autorisation :** J'autorise/nous autorisons par les présentes le CDSPI et l'établissement financier désigné ci-dessus à effectuer les prélèvements sur le compte mentionné. (Toutes les personnes dont la signature est exigée aux fins de l'autorisation de prélèvement sur le compte susmentionné doivent signer cette entente.) Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le CDSPI reçoive un avis écrit (au moins 48 heures avant la date du prochain paiement prévu) demandant la résiliation de l'entente.

Je peux/nous pouvons obtenir de plus amples renseignements au sujet de mon/notre droit d'annuler l'entente de prélèvements automatiques auprès de mon/notre établissement financier ou en visitant le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

J'ai/nous avons certains droits de recours si le débit n'est pas conforme à cette entente. Par exemple, je suis/nous sommes en droit de recevoir un remboursement pour tout débit non autorisé par ou non conforme à cette entente. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de ces droits de recours, je peux/nous pouvons contacter mon/notre établissement financier ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).



Signature du détenteur du compte bancaire  
(obligatoire)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour	Mois	Année			



Signature du codétenteur du compte  
bancaire (le cas échéant)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour	Mois	Année			

## SECTION 11 AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ

Le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. recueillent, utilisent et divulguent vos renseignements personnels fournis dans la présente proposition aux fins suivantes : déterminer votre admissibilité à nos régimes de placement; administrer et vous fournir des services de placement et financiers; assurer une protection contre la fraude, les erreurs ou toute fausse déclaration; satisfaire à des exigences légales, réglementaires ou contractuelles; promouvoir et vous informer d'autres produits et services connexes. Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers à nos employés, nos agents autorisés, de tiers fournisseurs de services et toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada, alors vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier et y apporter des corrections en écrivant au : CDSPI, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4. Pour de plus amples renseignements sur nos pratiques relatives à la protection de la vie privée, allez sur notre page Web [www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels](http://www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels).

## SECTION 12 DEMANDE ET AUTORISATION

Je demande/nous demandons par les présentes l'établissement d'un régime d'épargne-études (le « régime ») aux termes du REE offert par le Programme. Je prie/nous prions le CDSPI de faire une demande d'enregistrement du régime à titre de régime enregistré d'épargne-études conformément aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)* et de toute législation provinciale applicable touchant l'impôt sur le revenu.

Je reconnais/nous reconnaissons avoir lu les dispositions des modalités régissant le régime et la présente demande et j'accepte/nous acceptons de nous y conformer. Je déclare/nous déclarons que tous les renseignements donnés dans la présente demande sont véridiques, exacts et complets.

Je comprends/nous comprenons :

- que les paiements reçus aux termes du régime peuvent constituer un revenu imposable dans le cadre de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)* et de toute législation provinciale applicable touchant l'impôt sur le revenu ;
- qu'il incombe à moi/nous de déterminer les montants qu'il est permis de cotiser au régime et de la pertinence des placements faits par le régime ;

**RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU  
CONFIRMATION DE L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE**

Par \_\_\_\_\_  
(Signature autorisée)      Jour      Mois      Année

- (iii) que tout excédent de cotisation au régime peut entraîner une pénalité sur les cotisations excédentaires comme le prévoit la *Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)* et que le paiement de la pénalité en question n'incombe qu'à moi/nous ;
- (iv) que les dépôts pour chaque bénéficiaire au titre d'un régime familial doivent cesser au plus tard à la date à laquelle le bénéficiaire individuel atteint l'âge de 31 ans ; et
- (v) que le régime doit être résilié (c'est-à-dire l'actif du régime doit être déboursé) au plus tard le 31 décembre de la 35<sup>e</sup> année de l'établissement du régime.

Je prie/nous prions le fiduciaire du régime de demander en mon/notre nom les subventions qui me/nous sont offertes en vertu de la Loi canadienne sur l'épargne-études.

Je demande/nous demandons au Programme de placement et nomme/nommons le promoteur du Programme et le promoteur du REE, le CDSPI et sa filiale, le CDSPI Services consultatifs Inc. d'agir comme mon/notre mandataire conformément aux modalités du Programme.

Je reconnais/nous reconnaissons qu'il **n'incombe qu'à moi/nous** (et **non** à toute personne, physique ou morale, y compris le CDSPI, le CDSPI Services consultatifs Inc. ou la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie) de prendre, s'il y a lieu, toutes les décisions liées aux placements concernant mon/notre compte.

Je m'engage/nous nous engageons à respecter les modalités de tous les régimes collectifs auxquels nous choisissons de participer. Je certifie/Nous certifions que les renseignements donnés dans la présente demande sont véridiques et complets et que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, la Fiducie de la Financière Sun Life Inc., le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. peuvent s'y fier jusqu'à ce que le ou les soussignés donnent un avis écrit de changements importants.

En soumettant la demande au Programme, j'autorise/nous autorisons le CDSPI, le CDSPI Services consultatifs Inc. et leur filiales à échanger et utiliser les renseignements personnels qu'ils détiennent sur moi/nous aux fins de l'exécution de services liés aux placements, notamment l'administration du compte et du régime en mon/notre nom et dans le but de me/nous fournir des rapports, des relevés et des informations sur les produits et services financiers. J'autorise/nous autorisons également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et ses filiales à obtenir, utiliser, échanger et transmettre au CDSPI et au CDSPI Services consultatifs Inc. des renseignements personnels à mon/notre sujet aux fins d'administration du régime.

Je reconnais/nous reconnaissons avoir lu l'Avis sur la vie privée et la confidentialité ci-dessus et j'en confirme mon/nous en confirmons notre acceptation.

Je consens/nous consentons à ce que mon/notre numéro d'assurance sociale soit utilisé dans le cadre du respect des exigences touchant les informations, tel que requièrent l'Agence de revenu du Canada ou autres autorités gouvernementales, et aux fins de l'identification et de l'administration du Programme.

Je reconnais/nous reconnaissons que le non-paiement de la cotisation annuelle à une association dentaire provinciale ou territoriale (en Québec, ADC) par le dentiste admissible nommé à la section 1, le cas échéant, m'empêchera/nous empêchera de faire de nouveaux placements dans les régimes du Programme tant que la cotisation d'adhésion n'a pas été versée.



\_\_\_\_\_  
**Signature du souscripteur (obligatoire)**

\_\_\_\_\_  
Jour      Mois      Année



\_\_\_\_\_  
**Signature du co-souscripteur (le cas échéant)**

\_\_\_\_\_  
Jour      Mois      Année

\_\_\_\_\_  
**Signé à**

Ville

Province