



## Formulaire de demande d'arbitrage des comptes

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_  
*Nom du client*

Domicilié au : \_\_\_\_\_  
*No civique      rue      ville      province      code postal*

**Déclare que :**

### SECTION 1

\_\_\_\_\_  
*Nom de l'audiologiste ou de l'orthophoniste*

Ayant son adresse professionnelle au :

\_\_\_\_\_  
*No civique      rue      ville      province      code postal*

Me réclame (ou refuse de me rembourser) la somme de \_\_\_\_\_ \$ relativement à des services professionnels rendus.

### SECTION 2

J'annexe à la présente une copie du rapport de conciliation.

### SECTION 3

Je demande l'arbitrage de ce compte en vertu du *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.*

SECTION 4

Je déclare avoir reçu copie du règlement susmentionné et en avoir pris connaissance.

SECTION 5

Je m'engage à me soumettre à la procédure prévue à ce règlement et, le cas échéant, à payer à :

---

*Nom du membre*

Le montant fixé par la sentence arbitrale.

---

*Signature*

*Date*

**Veillez retourner le présent formulaire complété et les documents appropriés à l'adresse suivante :**

Secrétariat général  
Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec  
630, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800  
Montréal, Québec, H3A 1E4

Ou par courriel à [secretariatgeneral@ooaq.qc.ca](mailto:secretariatgeneral@ooaq.qc.ca)

Ou par télécopieur à *Secrétariat général* au 514-282-9541