DÉPÔT DE NOUVEAUX DOCUMENTS À UNE DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'ÉQUIVALENCE

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

TOUS LES CHAMPS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉS POUR LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE

INFORMATIONS

Nom | Prénom | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / /

Nº de candidat (OIIAQ) | Courriel

Téléphone (domicile) | Téléphone (cellulaire)

Adresse (n° rue, app.) | Ville | Code postal

BRÈVE DESCRIPTION DES MOTIFS DE LA DEMANDE

MODE DE PAIEMENT

Paiement : 150 $ + taxes *(TPS: 106986045 / TVQ: 1000857447)*

Par carte de crédit[1]: ☐ Visa ☐ Mastercard

Numéro de la carte | Date d'expiration | Signature

[1] *Les informations relatives à votre carte de crédit seront détruites, à la suite de la transaction.*

ATTESTATION DU CANDIDAT

☐ J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans la présente et je me suis assuré(e) que celle-ci est dûment remplie et signée.

☐ Je sais que toute déclaration fausse ou incomplète peut entraîner le rejet de ma demande.

Signature | Date (AAAA/MM/JJ) / /

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC
3400, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 1115
Montréal (Québec) H3Z 3B8
oiiaq.org

IMPORTANT
Enregistrez d'abord le formulaire sur votre poste de travail, remplissez-le à l'écran et envoyez-le par courriel à : **equivalence@oiiaq.org**

RÉSERVÉ À L'OIIAQ

Décision :

Signature de la personne autorisée à l'OIIAQ | Date (AAAA/MM/JJ) / /