

DEMANDE DE RÉVISION D'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)
N° 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 : 60 \$ + taxes (TPS: 106986045 / TVQ: 1000857447)

Par carte de crédit¹: Visa Mastercard

Numéro de la carte	Date d'expiration	Signature
--------------------	-------------------	-----------

¹Les 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

oiaq.org

IMPORTANT

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

RÉSERVÉ À L'OIIAQ

Décision :

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