

DEMANDE DE CONCILIATION DE COMPTE D'HONORAIRES

Je, soussigné (e) _____
(Nom du client)

et domicilié(e) au _____
(Adresse du client)

Téléphone principal : _____ Adresse courriel : _____

déclare que le docteur ou la docteure _____
(Nom du médecin vétérinaire)

que j'ai rencontré au _____
(Adresse de l'établissement vétérinaire)

me réclame la somme de : _____ \$ (Montant de la somme réclamée)

pour des services professionnels rendus le : _____
(Indiquez toutes les dates des frais réclamés)

comme en fait foi : (Cochez la case qui s'applique)

- Le compte dont copie est annexée à la présente.
 Le document dont copie est annexée à la présente indiquant que la somme a été prélevée ou retenue.

Je conteste ce compte pour le(s) motif(s) suivant(s) :

Relativement aux services professionnels mentionnés dans ce compte : (Cochez la case qui s'applique)

- Je n'ai pas payé ce compte et je souhaite que le montant soit révisé à _____ \$
 J'ai payé ce compte en entier et je souhaite un remboursement de _____ \$
 J'ai payé ce compte jusqu'à la concurrence de la somme de _____ \$

Je demande conciliation du syndic en vertu du *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins vétérinaires* (c. M-8, r.15).

Et j'ai signé le : _____ Signature : _____

Délais :

- a) Dans le cas d'un compte non payé, vous pouvez demander la conciliation du syndic tant que le médecin vétérinaire n'a pas fait une demande en justice pour le recouvrement de ce compte.**
b) Dans le cas d'un compte payé en totalité ou en partie, vous pouvez demander la conciliation du syndic dans les 45 jours de la réception de ce compte.

Veuillez transmettre votre demande au Bureau du syndic :

800, avenue Sainte-Anne, bureau 400, Saint-Hyacinthe, Québec J2S 5G7
Téléphone : 1 800 267-1427 poste 212 Télécopieur : 450 771-0131
bureau.syndic@omvq.qc.ca