



Formulaire de demande de modification de permis pour un centre de procréation assistée (CPA)

Le titulaire du permis doit informer le ministre de la Santé et des Services sociaux, sans retard et par écrit, de toute modification apportée à son permis de CPA, et ce, en remplissant le présent formulaire.

- Modification des renseignements sur le demandeur (titulaire du permis)
- Demande d'autorisation pour la cession du permis
- Déménagement du CPA
- Ajout ou retrait d'activités cliniques
- Mise à jour des informations concernant l'exploitation du CPA (voir page 4)

Modification des renseignements sur le demandeur (titulaire du permis)

Indiquez le nom et les coordonnées du médecin, de la personne morale ou de la société qui demande la modification de permis. S'il s'agit d'un médecin, indiquez son numéro de permis du Collège des médecins du Québec (CMQ). S'il s'agit d'une personne morale ou d'une société, indiquez son nom légal et son numéro d'entreprise du Québec (NEQ).

Numéro de permis CPA : 4101-

Nom : _____

CMQ ou NEQ : _____

Indiquez le nouveau nom et les nouvelles coordonnées du demandeur. Indiquez le nouveau nom du demandeur seulement s'il y a changement du nom de la personne morale ou de la société titulaire du permis.

Nom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Ville : _____ Cellulaire : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Date d'entrée en vigueur : _____

Lors d'un changement du médecin, de la personne morale ou de la société titulaire du permis, la section *Demande d'autorisation pour la cession du permis* doit être remplie par le titulaire actuel du permis.

Demande d'autorisation pour la cession du permis

Indiquez les renseignements suivants pour demander au ministre, conformément à l'article 23 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01), l'autorisation pour la cession du permis.

Numéro du permis : 4101- _____

Nom du nouveau titulaire : _____

Date prévue de la cession : _____

La personne morale ou la société titulaire du permis doit transmettre avec ce formulaire une résolution du conseil d'administration (CA) ou du conseil de gestion interne (CGI), selon le cas, autorisant la présentation de la demande de modification de permis et demandant au ministre l'autorisation pour la cession du permis.

Veillez noter qu'un permis ne peut être cédé sans l'autorisation écrite préalable du ministre.

Déménagement du CPA (nouvelles coordonnées du CPA)

	Oui	Non
Est-ce que le déménagement implique le changement du nom sous lequel le CPA est exploité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, indiquez le nouveau nom : _____

Date du déménagement : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Ville : _____ Courriel : _____

Code postal : _____

Activités cliniques demandées			
Sous-catégories d'activités	Activité déjà au permis	Activité ajoutée	Activité retirée
Congélation et entreposage de sperme, d'ovules ou d'embryons <i>(cette sous-catégorie est requise pour toutes les cliniques qui offrent les services d'insémination artificielle, et ce, même s'il n'y a pas de congélation et entreposage)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fécondation <i>in vitro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic génétique préimplantatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités cliniques que le centre veut exercer			
Prélèvement et lavage de sperme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement d'ovule ou de tissu ovarien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation <i>in vitro</i> et conservation des gamètes humains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de procédés pharmaceutiques pour la stimulation ovarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insémination artificielle avec le sperme du conjoint ou le sperme d'un donneur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de fécondation <i>in vitro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maturation <i>in vitro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic génétique préimplantatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement chirurgical de spermatozoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert d'embryon congelé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de fécondation <i>in vitro</i> pour la clientèle à risque viral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités de recherche sur la fertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toute demande de modification de permis, la personne morale ou la société titulaire du permis doit transmettre avec ce formulaire une résolution du CA ou du CGI, selon le cas, autorisant la présentation de la demande de modification de permis et demandant au ministre de procéder à la délivrance du permis modifié.

Signature du demandeur

Date

Indiquez ci-dessous les informations du CPA qui sont à mettre à jour. Veuillez noter qu'aucun nouveau permis ne sera délivré à la suite de la mise à jour de ces informations, ces informations n'ayant aucune incidence sur ce qui apparaît au permis.

Changement de directeur médical

Indiquez le nom et les renseignements demandés du nouveau directeur médical.

Nom :	_____	Prénom :	_____
Numéro membre CMQ :	_____	Le directeur médical exerce sa profession dans le centre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Spécialité :	_____	Date effective :	_____
Autre (précisez) :	_____		

Changement de répondant

Indiquez le nom et les renseignements demandés du nouveau répondant auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nom :	_____	Prénom :	_____
Fonction :	_____	Téléphone :	_____
Courriel :	_____	Cellulaire :	_____
Date effective :	_____		

Changement de la forme d'exploitation du CPA

Le CPA sera exploité suivant l'une ou l'autre des formes suivantes :

- Un CPA où exercent exclusivement des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29);
- Un CPA où exercent exclusivement des médecins non participants au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

**Changement de la structure de la personne morale ou de la société
(cette section ne s'applique pas aux établissements au sens de la Loi sur les services de santé et
les services sociaux, RLRQ, chapitre S-4.2)**

Pour la personne morale ou la société, titulaire du permis, indiquez toutes les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote ainsi que le nombre total d'actions ou de parts émises, et ce, pour chaque catégorie d'actions ou de parts conférant un droit de vote.

Catégorie(s) d'actions ou de parts conférant un droit de vote	Total d'actions ou de parts émises

Pour la personne morale ou la société, titulaire du permis, indiquez le nom et les coordonnées de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote. Pour chacun de ces actionnaires ou associés, veuillez indiquer la ou les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues dans la personne morale ou la société.

Nom et coordonnées des actionnaires ou associés détenant des actions ou des parts votantes	Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues	N ^{bre} d'actions ou de parts votantes détenues	% d'actions ou de parts votantes détenues
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			

Nom et coordonnées des actionnaires ou associés détenant des actions ou des parts votantes	Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues	N ^{bre} d'actions ou de parts votantes détenues	% d'actions ou de parts votantes détenues
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			

CA ou CGI de la personne morale ou de la société qui exploite le CPA				
<p>Le CA ou le CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société qui exploite le CPA est composé de _____ personnes, dont _____ sont des médecins. Ces médecins constituent en tout temps la majorité du quorum du CA, lequel est fixé à _____ administrateurs.</p> <p>Indiquez le nom, la profession et le numéro de membre du CMQ des membres du CA ou du CGI, selon le cas.</p>				
Nom des membres du CA ou du CGI	Profession	Numéro membre CMQ	Le membre exerce sa profession dans le centre	
			Oui	Non
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom des membres du CA ou du CGI	Profession	Numéro membre CMQ	Le membre exerce sa profession dans le centre	
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transmission de la demande

La demande de modification de permis doit être transmise par courriel à l'adresse permis@msss.gouv.qc.ca ou par la poste à l'adresse suivante :

Responsable des permis
 Direction des relations institutionnelles
 Ministère de la Santé et des Services sociaux
 Édifice Catherine-De Longpré
 1075, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
 Québec (Québec) G1S 2M1

Veillez noter que toute modification apportée à la liste des médecins exerçant au CPA doit **en tout temps** être signifiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.