



DÉCLARATION OBLIGATOIRE – ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Formulaire à remplir à l'écran ou manuellement, veuillez cliquer dans la section où vous souhaitez entrer de l'information

Identification

Nom : _____ Prénom : _____
N° de permis : _____

Date de réception de la poursuite : _____

Nom des parties en cause :

- _____
- _____

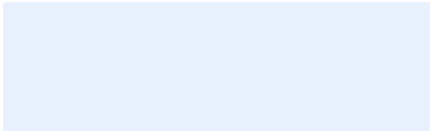
Nom du tribunal/cours (si applicable) : _____

N° du dossier de cours (si applicable) : _____

Faits reprochés : _____

Sommes en cause : _____

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts :

Signature :  Date : _____