TRIBUNAL DE DISCIPLINE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L’ONTARIO

**No de dossier du Tribunal :** Insérez le numéro.

Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario

**Ordre**

– et –

Dr(e)[Prénom(s)] [Nom]

**Membre**

**RÉPONSE À UNE DEMANDE D’AVEUX**

En réponse à votre demande d’aveux datée du **[cliquez ici pour entrer une date]**, [nom de la partie qui répond] :

1. admet la véracité des faits aux paragraphes nos

* énumérez les faits admis par numéro de paragraphe, suivant leur numérotation dans la demande

1. admet l’authenticité des documents nos

* énumérez les documents admis, suivant leur numérotation dans la demande

1. nie la véracité des faits énumérez ci-dessous pour les motifs suivants :
   * énumérez les faits, suivant leur numérotation dans la demande, et exposez les motifs pour lesquels vous les niez
2. nie l’authenticité des documents énumérés ci-dessous pour les motifs suivants :
   * énumérez les documents, suivant leur numérotation dans la demande, et exposez les motifs pour lesquels vous niez leur authenticité
3. refuse d’admettre la véracité des faits énumérés ci-dessous pour les motifs suivants :
   * énumérez les faits, suivant leur numérotation dans la demande, et les motifs pour lesquels vous refusez de les admettre
4. refuse d’admettre l’authenticité des documents énumérés ci-dessous pour les motifs suivants :

* énumérez les documents, suivant leur numérotation dans la demande, et exposez les motifs pour lesquels vous refusez d’admettre leur authenticité

**Date** :

Nom, adresse, courriel et numéro de téléphone du représentant ou de la partie qui dépose le document.

**DESTINATAIRE(S) :**

Insérez le nom des autres participants et de leurs représentants, s’il y a lieu