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 –

[Prénom(s)] [Nom]

Inscrit

**CONFIRMATION DE REMISE DE DOCUMENTS**

Je, **[nom, titre/poste, le cas échéant]***,* confirme que les documents énumérés ci-dessous ont été remis conformément aux Règles de procédure du Tribunal.

# Document(s) :

1. [Cliquez ici pour saisir du texte.]

# Mode d’envoi

**Par courriel |  Par service de transfert sécurisé de fichier**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date d’envoi : | cliquez ou appuyez ici pour saisir une date | | Heure d’envoi : | saisissez l’heure |
| Adresse courriel du destinataire : | | cliquez ou appuyez ici pour entrer l’adresse | | |
| Adresse courriel de l’expéditeur : | | cliquez ou appuyez ici pour entrer l’adresse | | |

**Moyen ordonné ou permis par le Tribunal |  Moyen accepté par le destinataire**

|  |  |
| --- | --- |
| Précisions : | Incluez l’adresse de livraison, le nom des personnes ou du messager qui ont remis les documents ainsi que le numéro de suivi, le cas échéant. Si le destinataire a reconnu la signification, précisez son nom et la manière dont il a reconnu la signification. |
| Date : | cliquez ou appuyez ici pour saisir une date |
| Nom du destinataire : | cliquez ou appuyez ici pour entrer un nom |