

**Dactylographiez ou écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.**

**Renseignements sur le cabinet du chiropraticien**

Nom du chiropraticien	
Numéro de permis	Numéro de facturation à la CSPAAT

**Renseignements sur l'interruption de l'exercice de la profession**

Date: (dd/mmm/aaaa) Du	Date: (dd/mmm/aaaa) au	Durant cette période, le chiropraticien remplaçant sera responsable du traitement et de la gestion des cas des travailleurs blessés.
Raison de l'interruption temporaire		

**Renseignements sur le chiropraticien remplaçant**

Nom du chiropraticien	
Numéro de permis	Numéro de facturation à la CSPAAT (s'il y a lieu)

**Le paiement des services de la CSPAAT que le chiropraticien remplaçant fournit durant cette période sera facturé au cabinet du chiropraticien remplacé et doit y être adressé.**

**Signatures**

Signature du chiropraticien remplacé	Date (dd/mmm/aaaa)
Signature du chiropraticien remplaçant	Date (dd/mmm/aaaa)