



ASSOCIATION DES PÉDICURES DU QUÉBEC (1992) INC.

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Information personnelle

M. Mme

NOM

PRÉNOM

ADRESSE DOMICILE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE | FAX

COURRIEL

Pratique professionnelle

RAISON SOCIAL, SOCIÉTÉ OU EMPLOYEUR

ADRESSE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE | FAX

COURRIEL

Profil professionnel

Veillez répondre à chacune des questions ci-dessous.

Région administrative : _____

Moyen privilégié pour la correspondance : Courriel Poste Poste/Courriel

Adresse de correspondance (courrier) : Domicile Pratique professionnelle

J'accepte que mes coordonnées figurent dans le répertoire sur le site Internet de l'Association.

Veillez choisir (1) : Domicile Pratique professionnelle

Infirmier(ère) – Inscrire votre numéro de permis OIIQ : _____

Infirmier(ère) auxiliaire – Inscrire votre numéro de permis OIIQ : _____

Services offerts : Soins à domicile Centre d'accueil/CHSLD En clinique

Profil professionnel (suite)

Veillez répondre à chacune des questions ci-dessous.

Possédez-vous une assurance responsabilité professionnelle couvrant les soins aux pieds?

NON OUI (Vous devez fournir une preuve.)

Si vous avez répondu *oui* à question précédente :

Nom de la compagnie d'assurances : _____

Avez-vous déjà été membre d'un autre regroupement ou d'une association?

NON OUI

Si vous avez répondu *oui* à question précédente :

Nom du regroupement ou de l'association : _____

Veillez élaborer sur vos attentes envers l'Association et sur vos besoins prioritaires en tant que membre :

J'affirme que tous les renseignements sont véridiques. En demandant mon adhésion à l'Association des pédicures du Québec, je m'engage à respecter tous les règlements généraux et le code d'éthique de l'Association.

Signature _____ Date _____
(JJ/MM/AAAA)

Coût de l'adhésion

La cotisation est valide du 1 janvier au 31 décembre de chaque année. Incluant deux (2) sessions de formation.

Paiement accepté : chèque ou carte de crédit

ADHÉSION AVEC ASSURANCES

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Annuel | 380\$ |
| <input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} avril | 285\$ |
| <input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} juillet | 190\$ |
| <input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} octobre | 95\$ |

ADHÉSION SANS ASSURANCES (Preuve exigée)

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Annuel | 280\$ |
| <input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} avril | 210\$ |
| <input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} juillet | 140\$ |
| <input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} octobre | 70\$ |

Paiement par carte de crédit

VEUILLEZ AJOUTÉ DES FRAIS DE 20\$ À VOTRE COÛT D'ADHÉSION POUR UN PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT.

VISA MASTERCARD

Nom du détenteur

Numéro de la carte

Date d'expiration

Signature du détenteur

RETOURNEZ VOTRE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :
7400, boul. Galeries d'Anjou, bureau 410, Anjou (Québec) H1M 3M2
Téléphone : 514-259-2882 | Télécopieur : 514-355-4159 | info@lapq.ca