



Formulaire d'adhésion

Nouvelle adhésion
ou Renouvellement

Langue de correspondance préférée :
français
anglais

Titre Dr M. M^{me} M^{lle} R. Sr

Nom _____

Nom de groupe/programme _____

Adress _____

Ville _____ Province _____

Code Postal _____ Pays _____

Courriel _____

Téléphone _____ Télécopier _____

Les groupes d'intérêt de l'ACSP - Veuillez cocher la ou les cases du/des groupe(s) d'intérêt dont vous voulez devenir membre.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accompagnateurs spirituels | <input type="checkbox"/> Physiothérapeutes | <input type="checkbox"/> Soins de longue durée / soins prolongés |
| <input type="checkbox"/> Infirmières (frais de 10 \$)** | <input type="checkbox"/> Questions autochtones | <input type="checkbox"/> Travailleurs sociaux-conseillers |
| <input type="checkbox"/> En milieu rural et éloigné | <input type="checkbox"/> Questions d'action bénévole | <input type="checkbox"/> Thérapies complémentaires / intégrées |
| <input type="checkbox"/> Pharmaciens | <input type="checkbox"/> Questions pédiatriques | |

**** Pour devenir membre du Groupe des infirmières** - Si vous êtes infirmière et que vous souhaitez devenir membre du Groupe d'intérêt des infirmières et infirmiers, veuillez ajouter 10 \$ à vos frais d'adhésion dans l'endroit indiqué sur la page suivante de ce formulaire. **Veuillez fournir votre adresse courriel dans l'espace prévu à cet effet (ci-dessus) pour recevoir une invitation électronique afin de vous joindre à la liste de diffusion du Groupe des infirmières.**

Oui, je désire devenir membre du Groupe des infirmières de l'ACSP. J'ai inclus 10 \$ supplémentaires en plus de ma cotisation conjointe.
Permis d'exercer # _____

Recevoir le bulletin de l'ACSP (AVISO) par courriel? Oui Non

Veuillez noter qu'il faut remplir et soumettre les deux pages de ce formulaire pour que votre demande d'adhésion soit complète.

2 façons pratiques de devenir membre

TÉLÉCOPIER : Télécopiez votre formulaire au :
1-613-241-3986

PAR LA POSTE : Envoyer le formulaire rempli à :
ACSP
Annexe B
Hôpital Saint-Vincent
60, rue Cambridge Nord
Ottawa (Ontario) K1R 7A5
CANADA

OPTIONS DE PAIEMENT

Veuillez inclure votre paiement ou les informations pertinentes à votre mode de paiement sur ce formulaire. Aucune facture seront émises.

Chèque à l'ordre de l'ACSP inclus. (Le paiement doit être en dollars canadiens.)

Veuillez débiter ma carte de crédit :

  Date d'exp.

N° de la carte

Nom de détenteur de la carte (lettres moulées) _____

Signature _____



Formulaire d'adhésion

LIEU	ADHÉSION COJOINTE AVEC UNE ASSOCIATION PROVINCIAL	DATE D'EXPIRATION DE L'ADHÉSION ANNUELLE	CATÉGORIE	FRAIS D'ADHÉSION
Colombie-Britannique	BC Hospice Palliative Care Association	Voir la Note 1 30 juin 30 juin	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Membre affilié [Organisme souhaitant soutenir les soins palliatifs mais ne participant pas directement à leur prestation.] <input type="checkbox"/> Membre actif [Organismes travaillant à la prestation de soins palliatifs.] <input type="checkbox"/> Programmes ayant un budget inférieur à 50 000 \$ <input type="checkbox"/> Programmes ayant un budget de 50 000 \$ à 100 000 \$ <input type="checkbox"/> Programmes ayant un budget de 100 000 \$ à 500 000 \$ <input type="checkbox"/> Programmes ayant un budget supérieur à 500 000 \$	40 \$ _____ 75 \$ _____ 75 \$ _____ 125 \$ _____ 150 \$ _____ 250 \$ _____
Alberta	Alberta Hospice Palliative Care Association	31 mars	<input type="checkbox"/> Particulier	45 \$ _____
Saskatchewan	Saskatchewan Hospice Palliative Care Association	31 décembre	<input type="checkbox"/> Particulier	40 \$ _____
Manitoba	Hospice and Palliative Care Manitoba	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Groupe/Programme	45 \$ _____ 100 \$ _____
Ontario	Association des centres de soins palliatifs de l'Ontario	31 décembre	<input type="checkbox"/> Particulier Membre à titre de centre de soins palliatifs : [Ces membres sont des centres créés à la suite d'une initiative communautaire et organisés et dirigés par un conseil d'administration bénévole] Charges annuelles du programme : <input type="checkbox"/> inférieures à 50,000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ à 99 999 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ à 250 000 \$ <input type="checkbox"/> supérieures à 250 000 \$	45 \$ _____ 200 \$ _____ 350 \$ _____ 550 \$ _____ 700 \$ _____
	Ontario Palliative Care Association	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Professionnel de la santé	75 \$ _____
Québec	Réseau de soins palliatifs du Québec	31 mars	<input type="checkbox"/> Particulier	60 \$ _____
Nouveau-Brunswick	New Brunswick Hospice Palliative Care Association	31 mars	<input type="checkbox"/> Particulier	35 \$ _____
Nouvelle-Écosse	Nova Scotia Hospice Palliative Care Association	31 décembre	<input type="checkbox"/> Particulier	30 \$ _____
Île-de-Prince-Édouard	Hospice Palliative Care Association of PEI	31 décembre	<input type="checkbox"/> Particulier	25 \$ _____
Terre-Neuve et Labrador	Newfoundland and Labrador Palliative Care Association	31 mai	<input type="checkbox"/> Particulier	30 \$ _____
Nunavut	N/D	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Groupe/Programme	20 \$ _____ 50 \$ _____
Territoires-du-Nord-Ouest	N/D	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Groupe/Programme	20 \$ _____ 50 \$ _____
Territoire du Yukon	N/D	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Groupe/Programme	20 \$ _____ 50 \$ _____
Étranger	N/D	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Groupe/Programme	20 \$ _____ 50 \$ _____
<input type="checkbox"/> COTISATION SUPPLÉMENTAIRE POUR DEVENIR MEMBRE DU GROUPE DES INFIRMIÈRES				10 \$ _____

TOTAL DÛ*