



Formulaire d'adhésion

Nouvelle adhésion Langue de correspondance préférée : français

ou Renouvellement anglais

Titre Dr M. Mme Mlle R. Sr

Nom (lettres moulée) _____ Profession _____

Nom de groupe/programme _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code Postal _____ Pays _____

Courriel (Obligatoire) _____

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.

- Questions autochtones
- Questions pédiatriques
- Travailleurs sociaux-conseillers
- Thérapies complémentaires / intégrées
- Pharmaciens
- Accompagnateurs spirituels
- Soins de longue durée / soins prolongés
- Physiothérapeutes
- Questions d'action bénévole
- Infirmières (frais de 20 \$)**
- En milieu rural et éloigné

**** 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 20 \$ 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 20 \$ supplémentaires en plus de ma cotisation conjointe.
Permis d'exercer # _____

Bulletin de nouvelles de l'ACSP (AVISO) – Veuillez noter que vous recevrez notre bulletin de nouvelles par courriel. Veuillez vous assurer de nous avoir donné votre adresse courriel.

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 D, Hôpital Saint-Vincent
60, rue Cambridge Nord
Ottawa, ON 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 :

VISA **MASTERCARD** Date d'exp.

N° de la carte

Nom de détenteur de la carte (lettres moulées) _____

Signature _____



Formulaire d'adhésion

LIEU	ADHÉSION CONJOINTE AVEC UNE ASSOCIATION PROVINCIAL	DATE D'EXPIRATION	CATÉGORIE	FRAIS D'ADHÉSION
Colombie-Britannique	BC Hospice Palliative Care Association	31 décembre	<input type="checkbox"/> Particulier	40.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Membre affilié (Organisme souhaitant soutenir les soins palliatifs mais ne participant pas directement à leur prestation.)	75.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Membre actif (Organismes travaillant à la prestation de soins palliatifs.)	
			<input type="checkbox"/> Programmes ayant un budget inférieur à 50 000 \$	75.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Programmes ayant un budget de 50 000 \$ à 100 000 \$	125.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Programmes ayant un budget de 100 000 \$ à 500 000 \$	150.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Programmes ayant un budget supérieur à 500 000 \$	250.00 \$ _____
Alberta	Alberta Hospice Palliative Care Association	31 mars	<input type="checkbox"/> Particulier	45.00 \$ _____
Saskatchewan	Saskatchewan Hospice Palliative Care Association	30 avril	<input type="checkbox"/> Professionnel	55.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Administrateurs autonomes	45.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Bénévole / étudiant	35.00 \$ _____
Manitoba	Hospice and Palliative Care Manitoba	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier	50.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Groupe/Programme	100.00 \$ _____
Ontario	Hospice Palliative Care Ontario	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier	80.00 \$ _____
			31 mars	<input type="checkbox"/> 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)
		31 mars	<input type="checkbox"/> Membre de l'organisation: (les organisations qui ont pour objectif principal l'offre de soins palliatifs)	
		<input type="checkbox"/> Charges annuelles de moins de 50,000 \$	225.00 \$ _____	
		<input type="checkbox"/> Charges annuelles de 50,000 \$ - 99,999 \$	390.00 \$ _____	
		<input type="checkbox"/> Charges annuelles de 100,000 \$ - 250,000 \$	600.00 \$ _____	
		<input type="checkbox"/> Charges annuelles de 250,000 \$ - 500,000 \$	760.00 \$ _____	
<input type="checkbox"/> Charges annuelles de 500,000 \$ - \$1,000,000	780.00 \$ _____			
<input type="checkbox"/> Charges annuelles de 1,000,000 \$ - 5,000,000 \$	1300.00 \$ _____			
<input type="checkbox"/> charges annuelles de plus de 5,000,000 \$	2500.00 \$ _____			
Quebec	Réseau de soins palliatifs du Québec	31 mars	<input type="checkbox"/> Particulier	65.00 \$ _____
Nouveau-Brunswick	New Brunswick Hospice Palliative Care Association	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier	35.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Groupe/Programme	70.00 \$ _____
Nouvelle-Écosse	Nova Scotia Hospice Palliative Care Association	31 décembre	<input type="checkbox"/> Particulier	50.00 \$ _____
Île-de-Prince-Édouard	Hospice Palliative Care Association of PEI	31 décembre	<input type="checkbox"/> Particulier	30.00 \$ _____
Terre-Neuve et Labrador	Newfoundland and Labrador Palliative Care Association	30 avril	<input type="checkbox"/> Particulier	30.00 \$ _____
Nunavut	N/D	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier	20.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Groupe/Programme	50.00 \$ _____
Territoires-du-Nord-Ouest	N/D	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier	20.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Groupe/Programme	50.00 \$ _____
Territoire du Yukon	N/D	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier	20.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Groupe/Programme	50.00 \$ _____
Étranger	N/D	Voir la Note 1	<input type="checkbox"/> Particulier	20.00 \$ _____
			<input type="checkbox"/> Groupe/Programme	50.00 \$ _____

COTISATION SUPPLÉMENTAIRE POUR DEVENIR MEMBRE DU GROUPE DES INFIRMIÈRES

TOTAL DÛ*

20.00 \$ _____

Note 1: L'adhésion annuelle expire un an après la date à laquelle l'ACSP reçoit le formulaire de demande d'adhésion.

* Tous les prix sont en dollars canadiens.