

Demande d'adhésion

Membre résident

« Peut adhérer à l'Association toute personne qui remplit les conditions suivantes :

1. Être inscrit au tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec ou détenir un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie du Québec ou d'ailleurs;
2. Remplir la demande d'adhésion ;
3. Payer le droit d'entrée ;
4. Fournir une adresse courriel valide pour recevoir les communications de l'Association et aviser l'Association de tout changement par la suite.
5. Se conformer aux Statuts et règlements de l'Association ;
6. Être acceptée par le conseil.¹ »

De plus, l'article 10.2 des Statuts et règlements de l'A.P.E.S. définit le membre résident comme une « personne titulaire d'un doctorat de premier cycle en pharmacie ou son équivalent reconnu par l'Ordre des pharmaciens du Québec, qui s'est inscrite à la maîtrise en pharmacothérapie avancée de l'une des deux (2) facultés de pharmacie du Québec. »

Nom : _____

Numéro de permis de pratique de l'OPQ : _____

Affiliation universitaire : _____

Date de début de la résidence : _____

Site principal de la résidence : _____

Je suis inscrit(e) à la maîtrise en pharmacothérapie avancée de l'une des deux (2) facultés de pharmacie du Québec. Je demande, par la présente, à devenir membre résident de l'A.P.E.S.

Je comprends que je suis dispensé(e) du paiement de toute cotisation pendant la durée de ma résidence, à moins que je sois rémunéré(e) en tant que pharmacien(ne) par un établissement de santé durant ma résidence².

Je comprends que j'aurai à aviser l'Association de toute modification de mon parcours universitaire et de mon adresse courriel.

J'inclus le paiement du droit d'entrée au montant de **25 \$** pour confirmer mon adhésion.

Signature : _____ Date : _____

Le formulaire doit être imprimé, signé à la main et transmis à l'A.P.E.S.

Mode de paiement

Chèque personnel³

Visa

Mastercard

N° de la carte : _____

Date d'expiration (mm/aaaa) : _____

Nom du titulaire de la carte : _____

Signature du titulaire de la carte : _____

Le formulaire doit être imprimé, signé à la main et transmis à l'A.P.E.S.

¹ Statuts et règlements de l'A.P.E.S. 2022, article 9.

² Si vous êtes embauché(e) comme pharmacien(ne) dans un établissement de santé, une cotisation sera automatiquement prélevée sur votre salaire. Vous serez alors considéré(e) comme un membre actif résident de l'A.P.E.S. Par contre, vous continuerez à bénéficier des tarifs réduits réservés aux membres résidents pour participer aux activités de formation offertes par l'A.P.E.S. et ce, pendant toute la durée de votre résidence.

³ Veuillez émettre votre chèque à l'ordre de l'A.P.E.S.

Formulaire de renseignements

Membre résident

*Les champs précédés d'un astérisque sont obligatoires pour l'ouverture de votre dossier

*Nom : _____ *Prénom : _____
*Sexe : F M *Date de naissance : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour
N° d'assurance sociale : _____

Les 4 derniers chiffres du NAS sont obligatoires pour valider votre statut de membre lors du premier accès à la section membre du site Web de l'A.P.E.S.

Adresse de correspondance

Cette adresse sera utilisée par l'A.P.E.S. pour la correspondance postale. Cette adresse sera également publiée dans le bottin des membres sur le site Web de l'A.P.E.S.

Domicile Lieu de résidence
Emploi

Courriels de correspondance

En vertu des Statuts et règlements de l'A.P.E.S., chaque membre doit fournir une adresse de courriel valide pour recevoir les communications de l'A.P.E.S. Les courriels désignés comme courriels de correspondance seront utilisés par l'A.P.E.S. pour la correspondance électronique. Ils seront également publiés dans le bottin des membres sur le site Web de l'A.P.E.S.

Courriel personnel
Courriel au site de résidence
Courriel à l'emploi

Coordonnées personnelles

Adresse à domicile (no, rue) : _____ App. : _____
Ville : _____ Province : _____
Code postal : _____
Téléphone (domicile) : _____ Cellulaire personnel : _____
Courriel personnel : _____

Coordonnées au site principal de résidence

Établissement : _____
Installation, s'il y a lieu⁴ : _____

Coordonnées

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____
Cellulaire (si fourni par l'établissement) : _____ Téléavertisseur : _____
Courriel : _____

⁴ Il s'agit du site où vous effectuez principalement votre résidence (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).

Formulaire de renseignements

Membre résident

Coordonnées d'emploi (si applicable)

Établissement ou employeur : _____

Installation (port d'attache), s'il y a lieu : _____

Fonction occupée

Pharmacien(ne)

Pharmacien(ne) en GMF

Autre (préciser) : _____

Régime d'emploi

Temps complet →

Permanent

Temporaire

Temps partiel →

Permanent

Temporaire

Occasionnel

Nombre d'heures régulières travaillées : _____ h/sem.

Coordonnées

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____

Cellulaire (si fourni par l'employeur) : _____ Téléavertisseur : _____

Courriel : _____

Diplômes obtenus

B. Pharm. Date : _____

Pharm. D. (1^{er} cycle) Date : _____

CPH, DPH ou M.Sc. en pharmacie Date : _____

Pharm. D. (2^e cycle) Date : _____

Autre (préciser) : _____ Date : _____

Autre (préciser) : _____ Date : _____

Champs d'intérêt professionnel

Anticoagulothérapie

Infectiologie

Préparations stériles

Cardiologie

Interactions

Produits de santé naturels

Chirurgie

Médecine interne

Psychiatrie

Diabète

Néonatalogie

Recherche

Douleur

Néphrologie

Rhumatologie

Enseignement

Neurologie

Santé publique

Fibrose kystique

Nutrition parentérale

Soins de première ligne

Gastroentérologie

Obstétrique

Soins intensifs

Gériatrie

Oncologie

Soins palliatifs

Gestion

Ophthalmologie

Urgence

Grefe

Pédiatrie

VIH-Hépatite

Hématologie

Préparations magistrales

Autre(s) (préciser) : _____

Faites un maximum de six (6) choix parmi ces champs d'intérêt

⁴ Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).