

Demande d'adhésion

Technicien en pharmacie

« Pour adhérer à l'Association, toute personne doit remplir les conditions suivantes :

1. Remplir la demande d'adhésion;
2. Payer la cotisation annuelle;
3. Fournir une adresse courriel valide pour recevoir les communications de l'Association et aviser l'Association de tout changement par la suite.
4. Se conformer aux Statuts et règlements de l'Association;
5. Être acceptée par le conseil.¹ »

De plus, l'article 10.7 des Statuts et règlements de l'A.P.E.S. définit le membre technicien en pharmacie comme « une personne qui occupe un emploi de technicien en pharmacie au sein d'un établissement. »

Nom : _____

Établissement : _____

Installation (port d'attache)² : _____

- J'exerce ma profession et j'occupe un emploi au sein d'un établissement de santé. Je demande, par la présente, à devenir membre **Technicien en pharmacie** de l'A.P.E.S.
- Je comprends que j'aurai à aviser l'Association de tout changement d'adresse courriel.**

Signature : _____  **Date :** _____

Cotisation annuelle³

Cotisation annuelle : 120 \$

Mode de paiement

Chèque personnel⁴ Visa Mastercard

N° de la carte : _____

Date d'expiration (mm/aaaa) : _____ **Code CVV :** _____

Nom du titulaire de la carte : _____

Signature du titulaire de la carte : _____

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

² Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).

³ La cotisation annuelle est valable pendant un an à compter de la date d'adhésion.

⁴ Veuillez émettre votre chèque à l'ordre de l'A.P.E.S.

Formulaire de renseignements

Technicien en pharmacie

***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

Adresse de correspondance

Adresse utilisée par l'A.P.E.S. pour la correspondance postale.

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. L'adresse courriel désignée comme courriel de correspondance sera utilisée par l'A.P.E.S. pour la correspondance électronique.

Courriel personnel
 Courriel à l'emploi

Coordonnées personnelles

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

Renseignements et coordonnées à l'emploi principal en établissement de santé

Établissement : _____
Installation (port d'attache), s'il y a lieu⁵ : _____

Fonction occupée : _____

Coordonnées

Adresse (no, rue) : _____ Bureau. : _____
Ville : _____ Province : _____
Pays : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____
Cellulaire (si fourni par l'employeur) : _____ Téléavertisseur : _____
Courriel : _____

⁵ Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).