

Demande d'adhésion

Membre **actif** 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;
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 10.3 des Statuts et règlements de l'A.P.E.S. définit le membre actif résident comme un « pharmacien exerçant sa profession qui occupe un emploi au sein d'un établissement et qui est inscrit à la maîtrise en pharmacothérapie avancée de l'une des deux (2) facultés de pharmacie du Québec, ou à tout autre programme spécialisé en pharmacie à temps complet. »

Nom : _____

Numéro de permis de pratique de l'OPQ : _____

Affiliation universitaire : _____

Date de début de la résidence : _____

Site principal de la résidence : _____

J'exerce ma profession et j'occupe un emploi au sein d'un établissement de santé.

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

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 personnel²


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



Formulaire de renseignements

Membre actif 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 lieu³ : _____

Coordonnées

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____

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

Courriel : _____

³ Il s'agit du site où vous effectuez principalement votre résidence (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).

Formulaire de renseignements

Membre actif 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

¹ Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).