

Demande d'adhésion

Membre retraité

« 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 10.5 des Statuts et règlements de l'A.P.E.S. définit le membre retraité comme « toute personne qui a pris sa retraite, qui n'exerce plus comme pharmacien au sein d'un établissement, qui a été membre actif de l'Association pendant une période minimale de vingt (20) ans et qui, au moment de prendre sa retraite, était membre actif. »

Nom : _____

Je suis pharmacien(ne) au Québec.

N° de permis de l'OPQ : _____

Je détiens un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie.

Je comprends que j'aurai à aviser l'Association de tout changement à mon adresse courriel.

Je demande, par la présente à devenir membre retraité de l'A.P.E.S.

Signature : _____ 

Date : _____

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

Cotisation et droit d'entrée à verser ²

1 ^{er} janv. : 250 \$	1 ^{er} févr. : 229 \$	1 ^{er} mars : 208 \$	1 ^{er} avr. : 187 \$	1 ^{er} mai : 167 \$	1 ^{er} juin : 146 \$
1 ^{er} juill. : 125 \$	1 ^{er} août : 104 \$	1 ^{er} sept. : 83 \$	1 ^{er} oct. : 62 \$	1 ^{er} nov. : 42 \$	1 ^{er} déc. : 21 \$

Mode de paiement

Chèque personnel ³


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 Cotisation annuelle pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre. Montant à verser à partir de la date d'adhésion jusqu'au 31 décembre .

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

Formulaire de renseignements

Membre retraité

**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

Adresse 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.

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 d'emploi

Coordonnées personnelles

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

Renseignements et coordonnées d'emploi

Employeur : _____

Fonction occupée : _____

Coordonnées

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

Mis à jour le 12 mai 2022