



AQPP

Association québécoise
des **pharmaciens**
propriétaires

FORMULAIRE D'INSCRIPTION NOUVEAU MEMBRE

Ces renseignements seront conservés confidentiellement
et l'AQPP ne les utilisera qu'à des fins statistiques.

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de permis de l'Ordre :

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Numéro d'assurance sociale :

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adresse de résidence :

Numéro et rue : _____

Ville : _____ Code postal :

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Ancien membre : Oui Non

Si oui, en quelle année? : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

Langue maternelle : Français Anglais Autres _____

Université de diplomation en pharmacie : _____

Autres diplômes (précisez le domaine) : _____

Adresse courriel (obligatoire) :

Domicile : _____ Pharmacie : _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION NOUVEAU MEMBRE

COMMUNICATIONS ÉLECTRONIQUES

En tant que membre de l'AQPP, vous recevrez les communications électroniques émises par l'Association (bulletins, communiqués, invitations, etc.).

Je ne désire pas recevoir les communications de l'AQPP (cochez et signez).

Signature : _____

LISTES NOMINATIVES

En tant que membre de l'AQPP, votre nom apparaîtra sur des listes nominatives transmises à des fins de prospection commerciale ou philanthropique.

Je ne désire pas que mon nom apparaisse sur des listes nominatives. Je sais que cette décision peut me priver de renseignements qui pourraient normalement me faire profiter de certains avantages et services (cochez et signez).

Signature : _____

Veillez joindre un chèque de 517,39 \$ à l'ordre de l'AQPP pour couvrir votre droit d'entrée. Ce montant inclut 22,50 \$ de TPS et 44,89 \$ de TVQ. Un montant de 150,00 \$ est versé au Fonds de défense de l'AQPP.

N° de l'AQPP : TPS : R100305606 – TVQ : 1006114446

*J'adhère à l'Association québécoise
des pharmaciens propriétaires et
m'engage à observer ses statuts et règlements.
Je l'autorise à signer, en mon nom, une ou
des convention(s) collective(s) de travail.*

*Je m'engage, sous peine d'exclusion, à ne signer
aucune entente individuellement ou en groupe,
avec tout assureur ou organisme que ce soit, et
à respecter intégralement les termes et dispositions
de toutes ententes signées par l'Association.*

Je certifie que toutes les déclarations inscrites ci-haut sont véridiques. En foi de quoi j'ai signé :

Signature : _____ **Date :** _____

Pour nous joindre :

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

8000, boul. Langelier, bureau 303
Montréal (Québec) H1P 3K2

Téléphone : 514 254-0676, poste 227
Télécopieur : 514 254-1288