



# 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 :  (pour fins de relevé d'impôts)

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F

Adresse de résidence :

Numéro et rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal :

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Ancien membre : Oui  Non

Si oui, en quelle année? : \_\_\_\_\_

Université de diplomation en pharmacie : \_\_\_\_\_

Autres diplômes (précisez le domaine) : \_\_\_\_\_

Adresse courriel (pour communications de l'AQPP) : \_\_\_\_\_

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION NOUVEAU MEMBRE

## TRANSMISSIONS ÉLECTRONIQUES

L'AQPP doit transmettre votre adresse courriel aux tiers payants privés dans le cadre des ententes qu'elle conclut avec eux, puis à l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) pour l'ouverture d'un dossier qui vous permettra de bénéficier des formations et autres avantages découlant de l'adhésion de l'AQPP comme membre corporatif de l'APhC.

Confirmez l'adresse courriel à utiliser : \_\_\_\_\_

## COMMUNICATIONS ÉLECTRONIQUES

En tant que membre de l'AQPP, vous recevrez les communications électroniques émises par l'Association (Bulletins, communiqués, invitations, guide des salaires, etc). Si vous ne désirez pas recevoir les communications de l'AQPP, cochez la case à côté de l'énoncé suivant :

- Non, je ne désire pas** recevoir les communications électroniques émises par l'Association. Je comprends que cette décision me prive de renseignements qui pourraient m'être utiles à la gestion de ma pharmacie.

Signature : \_\_\_\_\_

## LISTES NOMINATIVES

En tant que membre de l'AQPP, votre nom apparaîtra sur des listes nominatives transmises à nos partenaires commerciaux à des fins de prospection commerciale. Si vous ne désirez pas que votre nom apparaisse sur des listes nominatives, cochez la case à côté de l'énoncé suivant :

- Non, je ne désire pas** que mon nom apparaisse sur ces listes nominatives. Je comprends que cette décision me prive de renseignements qui pourraient me faire profiter de certains avantages et services négociés pour moi par l'Association.

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, politiques et règlements\*, dont le Code de conduite des membres. Je reconnais l'AQPP à titre de représentante exclusive des pharmaciens propriétaires et je reconnais sa capacité à s'exprimer en leur nom.*

*Je la mandate, conformément à sa mission, pour négocier, conclure et signer toute entente collective en mon nom. Ainsi, je m'engage à respecter intégralement les termes et dispositions de toute entente signée par l'Association et à ne signer aucune entente, individuellement ou en groupe, avec tout assureur, tiers payant ou organisme dont l'objet relève de la mission de l'AQPP.*

*\*Documents accessibles en écrivant à [info@aqpp.qc.ca](mailto:info@aqpp.qc.ca)*

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

Rév. : 01/2019