

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. De plus, l'AQPP partage avec sa filiale Accessa les coordonnées de ses membres dans le but de rendre disponibles les activités d'Accessa dans toutes les pharmacies participantes du Québec.

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 532,91 \$ à l'ordre de l'AQPP pour couvrir votre droit d'entrée. Ce montant inclut 23,18 \$ de TPS et 46,23 \$ 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*

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