



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION

1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ADHÉRENT

Nom

Prénom

Établissement

Installation

N° de permis

Courriel (travail)

2 SECTEUR DE SOINS SPÉCIALISÉS

Cardiologie

Infectiologie

Néphrologie

Soins intensifs

Urgence

Gériatrie

Maladies virales
chroniques (GS)

Psychiatrie

Soins palliatifs

3 ANNÉES DE PRATIQUE DANS
CE SECTEUR

an(s)

4 POURCENTAGE DE LA PRATIQUE
CONSACRÉE AU SECTEUR

%

5 RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES AU SECTEUR

6 ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE DES DOCUMENTS

Je confirme avoir pris connaissance des deux (2) documents ci-dessous :

[Politique de fonctionnement des RPE](#)

[Code d'éthique des membres de comités, groupes de travail et RPE](#)

7 DROITS D'AUTEUR, D'ÉDITION ET DE DISTRIBUTION

Je cède gratuitement à l'A.P.E.S., conformément au point 3.8 de la Politique de fonctionnement des RPE, tous mes droits d'auteur sur tout document de quelque forme auquel je pourrais participer à titre d'auteur dans le cadre des travaux du RPE ou du GS. Je comprends que l'A.P.E.S. est l'éditeur et le distributeur exclusif de tous les documents élaborés par les RPE ou les GS.

DATE

Les membres intéressés à se joindre à un RPE ou à un GS doivent acheminer le présent formulaire dûment rempli à l'Association par courriel à l'adresse flalonde@apesquebec.org. L'A.P.E.S. fera un suivi auprès de chaque membre ayant rempli une demande.