



# REGROUPEMENT DE PHARMACIENS EXPERTS (RPE) ET GROUPES SPÉCIALISÉS (GS) FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ADHÉRENT

Nom Prénom

Établissement

Installation

N° de permis Courriel (travail)

## SECTEUR DE SOINS SPÉCIALISÉS

Cardiologie	Infectiologie	Pédiatrie	Soins Palliatifs
Chirurgie	Maladies virales chroniques (GS)	Psychiatrie	Transplantation d'organes solides (GS)
Gériatrie	Néphrologie	Soins intensifs	Urgence

**NOMBRE D'ANNÉES DE PRATIQUE DANS CE SECTEUR** an(s) **POURCENTAGE DE LA PRATIQUE CONSACRÉE AU SECTEUR** %

## RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES AU SECTEUR

## ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE DES DOCUMENTS

**Je confirme avoir pris connaissance des documents suivants :**

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

## 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.

## LETTRE DE CONFIRMATION

Pour officialiser l'adhésion à un RPE ou GS, l'Association fait suivre une lettre de confirmation au chef du Département de pharmacie ainsi qu'au directeur des services professionnels (DSP) de l'établissement pour le dossier professionnel du membre.

Je suis d'accord, et voici le nom complet du DSP  
et son adresse courriel

Je préfère que la lettre de confirmation me soit adressée uniquement

## DATE

## SIGNATURE

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](mailto:flalonde@apesquebec.org). L'A.P.E.S. fera un suivi auprès de chaque membre ayant rempli une demande.