

Instructions :

1. Téléchargez le formulaire PDF.
2. Ouvrez le PDF avec [Adobe Acrobat Reader](#). (Application mobile disponible sur App Store et Google Play).
3. Remplissez et enregistrez le formulaire.
4. Retournez le formulaire enregistré par courriel à info@apesquebec.org avec "MAJ des renseignements" dans l'objet.

Demande d'adhésion

Membre actif

« Pour adhérer à l'Association, toute personne doit remplir les conditions suivantes :

1. Être membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec ou détenir un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie du Québec ou d'ailleurs;
2. Remplir la demande d'adhésion;
3. Payer le droit d'entrée;
4. Fournir une adresse courriel valide pour recevoir les communications de l'Association et aviser l'Association de tout changement par la suite.
5. Être acceptée par le conseil.¹ »

De plus, l'article 10.1 des Statuts et règlements de l'A.P.E.S. définit le membre actif comme un « pharmacien qui occupe un emploi au sein d'un établissement. »

Nom : _____

Numéro de permis de pratique de l'OPQ : _____


Établissement : _____

Installation (port d'attache)² : _____

J'exerce ma profession et j'occupe un emploi au sein d'un établissement de santé. Je demande, par la présente, à devenir membre actif de l'A.P.E.S.

Je comprends que j'aurai à aviser l'Association de tout changement d'adresse courriel.

J'inclus le paiement du droit d'entrée au montant de 10 \$ pour confirmer mon adhésion.

Signature :  _____ Date : _____

Le formulaire doit être imprimé, signé à la main et transmis à l'A.P.E.S.

Mode de paiement

Chèque personnel³


Visa

Mastercard

N° de la carte : _____

Date d'expiration (mm/aaaa) : _____

Nom du titulaire de la carte : _____

Signature du titulaire de la carte :  _____

Le formulaire doit être imprimé, signé à la main et transmis à l'A.P.E.S.

¹ Statuts et règlements de l'A.P.E.S. 2015, article 9.

² Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).

³ Veuillez émettre votre chèque à l'ordre de l'A.P.E.S.

Formulaire de renseignements

Membre actif

**Les champs précédés d'un astérisque sont obligatoires pour l'ouverture de votre dossier*

*Nom : _____ *Prénom : _____
 *Sexe : F M *Date de naissance : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

N° d'assurance sociale : _____
Les 4 derniers chiffres du NAS sont obligatoires pour valider votre statut de membre lors du premier accès à la section membre du site Web de l'A.P.E.S.

Adresse de correspondance Cette adresse sera utilisée par l'A.P.E.S. pour la correspondance postale.	Résidence	Emploi principal
		Emploi secondaire

Courriels de correspondance En vertu des Statuts et règlements de l'A.P.E.S., chaque membre doit fournir une adresse de courriel valide pour recevoir les communications de l'A.P.E.S. Les courriels désignés comme courriels de correspondance seront utilisés par l'A.P.E.S. pour la correspondance électronique. <u>Ils seront également publiés dans le bottin des membres sur le site Web de l'A.P.E.S.</u>	Courriel personnel	
	Courriel à l'emploi principal	
	Courriel à l'emploi secondaire	

Coordonnées personnelles

Adresse résidentielle (no, rue) : _____ App. : _____
 Ville : _____ Province : _____
 Code postal : _____
 Téléphone (domicile) : _____ Cellulaire personnel : _____
 Courriel personnel : _____

Renseignements et coordonnées à l'emploi principal en établissement de santé

Établissement : _____
 Installation (port d'attache), s'il y a lieu⁴ : _____

Fonction occupée	
Pharmacien(ne)	Pharmacien(ne) en GMF
Chef de département I → Par intérim	Chef de département II → Par intérim
Chef de département III → Par intérim	Chef de département IV → Par intérim
Chef adjoint I	Chef adjoint II
Adjoint(e) au chef de département	Coordonnateur(trice)
Autre (préciser) : _____	

Régime d'emploi

Temps complet → Permanent Temporaire
 Temps partiel → Permanent Temporaire Occasionnel
 Nombre d'heures régulières travaillées : _____ h/sem.

Coordonnées

Téléphone : _____ Poste : _____ Cellulaire (si fourni par l'employeur) : _____
 Téléavertisseur : _____ Télécopieur : _____
 Courriel : _____

⁴ Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).

Formulaire de renseignements

Membre actif

Coordonnées à l'emploi secondaire

Établissement ou employeur : _____

Installation (port d'attache), s'il y a lieu⁴ : _____

Fonction occupée

Pharmacien(ne)			Pharmacien(ne) en GMF	
Chef de département I →	Par intérim		Chef de département II →	Par intérim
Chef de département III →	Par intérim		Chef de département IV →	Par intérim
Chef adjoint I			Chef adjoint II	
Adjoint(e) au chef de département			Coordonnateur(trice)	
Autre (préciser) : _____				

Régime d'emploi

Temps complet → Permanent Temporaire

Temps partiel → Permanent Temporaire Occasionnel

Nombre d'heures régulières travaillées : _____ h/sem.

Coordonnées

Téléphone : _____ Poste : _____ Cellulaire (si fourni par l'employeur) : _____

Téléavertisseur : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Diplômes obtenus

B. Pharm.	Date : _____
Pharm. D. (1 ^{er} cycle)	Date : _____
CPH, DPH ou M.Sc. en pharmacie	Date : _____
Pharm. D. (2 ^e cycle)	Date : _____
Autre (préciser) : _____	Date : _____
Autre (préciser) : _____	Date : _____

Champs d'intérêt professionnel

Anticoagulothérapie	Infectiologie	Préparations stériles
Cardiologie	Interactions	Produits de santé naturels
Chirurgie	Médecine interne	Psychiatrie
Diabète	Néonatalogie	Recherche
Douleur	Néphrologie	Rhumatologie
Enseignement	Neurologie	Santé publique
Fibrose kystique	Nutrition parentérale	Soins de première ligne
Gastroentérologie	Obstétrique	Soins intensifs
Gériatrie	Oncologie	Soins palliatifs
Gestion	Ophthalmologie	Urgence
Greffe	Pédiatrie	VIH-Hépatite
Hématologie	Préparations magistrales	
Autre(s) (préciser) : _____		

Faites un maximum de 6 choix parmi ces champs d'intérêt

⁴ Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).