

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ADHÉRENT**Nom  Prénom Établissement Installation N° de permis  Courriel (travail) **SECTEUR DE SOINS SPÉCIALISÉS**

<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Infectiologie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Transplantation d'organes solides (GS)
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Maladies virales chroniques (GS)	<input type="checkbox"/> Soins intensifs	<input type="checkbox"/> Urgence
<input type="checkbox"/> Gériatrie	<input type="checkbox"/> Néphrologie	<input type="checkbox"/> Soins Palliatifs	

**ANNÉES DE PRATIQUES**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.