

# Demande d'adhésion

## Membre retraité

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

1. Être inscrit au tableau 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 la cotisation annuelle;
4. Fournir une adresse courriel valide pour recevoir les communications de l'Association et aviser l'Association de tout changement par la suite.
5. Se conformer aux Statuts et règlements de l'Association;
6. Être acceptée par le conseil.<sup>1</sup> »

De plus, l'article 10.5 des Statuts et règlements de l'A.P.E.S. définit le membre retraité comme « toute personne qui a pris sa retraite, qui n'exerce plus comme pharmacien au sein d'un établissement, qui a été membre actif de l'Association pendant une période minimale de vingt (20) ans et qui, au moment de prendre sa retraite, était membre actif. »

Nom : \_\_\_\_\_

- ☐ Je suis pharmacien(ne) au Québec. No de permis de l'OPQ : \_\_\_\_\_
- ☐ Je détiens un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie.
- ☐ **Je comprends que j'aurai à aviser l'Association de tout changement d'adresse courriel.**
- ☐ Je demande, par la présente, à devenir membre retraité de l'A.P.E.S.

Signature : \_\_\_\_\_



Date : \_\_\_\_\_

### Cotisation annuelle<sup>2</sup>

Cotisation annuelle : 250 \$

### Mode de paiement



Chèque personnel<sup>3</sup>



Visa



Mastercard

N° de la carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration (mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Code CVV : \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de la carte : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de la carte : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Statuts et règlements de l'A.P.E.S. 2022, article 9.

<sup>2</sup> La cotisation annuelle est valable pendant un an à compter de la date d'adhésion.

<sup>3</sup> Veuillez émettre votre chèque à l'ordre de l'A.P.E.S.

# Formulaire de renseignements

## Membre retraité

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

*Nom :	_____	*Prénom :	_____
*Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	*Date de naissance :	_____
			Année Mois Jour

### Adresse de correspondance

Adresse utilisée par l'A.P.E.S. pour la correspondance postale.

☐ Résidence ☐ Emploi

### 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. L'adresse courriel désignée comme courriel de correspondance sera utilisée par l'A.P.E.S. pour la correspondance électronique.

☐ Courriel personnel  
☐ Courriel à l'emploi

## Coordonnées personnelles

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

## Renseignements et coordonnées à d'emploi

Employeur : \_\_\_\_\_

Fonction occupée : \_\_\_\_\_

### Coordonnées

Adresse (no, rue) :	_____	Bureau. :	_____
Ville :	_____	Province :	_____
Pays :	_____	Code postal :	_____
Téléphone :	_____	Poste :	_____
Cellulaire (si fourni par l'employeur) :	_____	Télécopieur :	_____
Courriel :	_____	Téléavertisseur :	_____

Mis à jour le 12 mai 2022.