



Pour profiter des avantages et services convenus dans le cadre de l'alliance stratégique entre l'A.P.E.S. et la SCPRS, toute personne doit remplir les conditions suivantes :

1. Être membre de la Société canadienne de pharmacie dans les réseaux de la santé (SCPRS);
2. Remplir la demande d'inscription;
3. Fournir une adresse courriel valide pour recevoir les communications de l'A.P.E.S. et aviser l'A.P.E.S. de tout changement par la suite;
4. Se conformer aux Statuts et règlements de l'A.P.E.S.

Je suis pharmacien(ne).

Je détiens un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie.

Je comprends que j'aurai à aviser l'A.P.E.S. de tout changement à mon adresse courriel.

Je demande, par la présente, à profiter des avantages et services convenus dans le cadre de l'alliance stratégique entre l'A.P.E.S. et la SCPRS.

Vous devez remplir tous les champs pour l'ouverture de votre dossier à l'A.P.E.S.

Nom :	_____	Prénom :	_____
Sexe :	F M	Date de naissance (année-mm-jj)	_____
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 d'emploi			
Employeur :	_____		
Fonction occupée :	_____		
Adresse (no, rue) :	_____	Bureau. :	_____
Ville :	_____	Province :	_____
Code postal :	_____		
Téléphone :	_____	Poste :	_____
Télécopieur :	_____		
Cellulaire (si fourni par l'employeur) :	_____	Courriel :	_____