

Demande d'adhésion

Membre actif étudiant

Peut adhérer à l'Association comme membre actif étudiant toute personne qui remplit les conditions suivantes :

1. Être inscrite au diplôme universitaire de premier cycle de pharmacie et en voie d'obtenir son permis d'exercice de la profession de pharmacien;
2. Être inscrite au registre des étudiants de l'Ordre des pharmaciens du Québec;
3. Occuper un emploi d'étudiant en pharmacie au sein d'un établissement de santé du Québec;
4. Remplir la demande d'adhésion;
5. Payer le droit d'entrée;
6. Fournir une adresse courriel valide pour recevoir les communications de l'Association et aviser l'Association de tout changement par la suite;
7. Être acceptée par le conseil.

Nom :

Numéro d'étudiant de l'OPQ :

Établissement :

Installation (port d'attache)¹:

Affiliation universitaire :

Cohorte :

☐ Je suis inscrit au registre des étudiants de l'Ordre des pharmaciens du Québec et je suis en voie d'obtenir un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie. Je demande, par la présente, à devenir membre actif étudiant 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 25 \$ pour confirmer mon adhésion.

Signature :



Date :

Mode de paiement



Chèque personnel²



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 :

¹ Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).

² Veuillez émettre votre chèque à l'ordre de l'A.P.E.S.

Formulaire de renseignements

Membre actif étudiant

*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	

Adresse de correspondance

L'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 :	Code postal :		
Téléphone (domicile) :	Cellulaire personnel :			
Courriel personnel :				

Renseignements et coordonnées à l'emploi en établissement de santé

Établissement :			
Installation (port d'attache), s'il y a lieu ³ :			

Fonction occupée : ☒ Étudiant en pharmacie

Coordonnées :

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

Veuillez remplir le formulaire, le signer et le retourner par courriel à : info@apesquebec.org

³ Il s'agit du site où vous exercez principalement vos fonctions (p. ex. : Hôpital X, Centre d'hébergement Y).