



DEMANDE D'ADHÉSION / FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTIFICATION	EMPLOYEUR
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	_____
Adresse : _____	Service : _____
Ville : _____	Adresse : _____
Province : _____ C. Postal : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Province : _____ C. Postal : _____
Tél. bur. Poste de travail : _____	Téléphone du service : _____
Courriel : _____	Site internet : _____
_____	Courriel : _____

Important : ADRESSE DE CORRESPONDANCE	
<input type="radio"/> Domicile	<input type="radio"/> Travail
<input type="radio"/> Par Courrier Postal <input type="radio"/> Par E-mail	<input type="radio"/> Par Courrier Postal <input type="radio"/> Par E-mail

FORMATION	TITRE D'EMPLOI
Diplôme académique : _____	_____

Statut de membre demandé	
<input type="radio"/> Actif	<input type="radio"/> Non-membre

Quel est votre secteur principal d'activité ?				
<input type="radio"/> Gestion	<input type="radio"/> Soins	<input type="radio"/> Laboratoires	<input type="radio"/> Imagerie médicale	<input type="radio"/> Informatique

QUELS SONT VOS DÉPARTEMENTS OU SPÉCIALITÉS ?		
<input type="radio"/> Anesthésie	<input type="radio"/> Laser	<input type="radio"/> Salle d'accouchement
<input type="radio"/> Cardiologie	<input type="radio"/> Médecine nucléaire	<input type="radio"/> Salle d'opération
<input type="radio"/> Échographie	<input type="radio"/> Monitoring	<input type="radio"/> Scan
<input type="radio"/> Endoscopie	<input type="radio"/> Physiothérapie	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> Hémodialyse	<input type="radio"/> Radiologie	<input type="radio"/> _____
<input type="radio"/> Inhalothérapie	<input type="radio"/> Pouponnière	<input type="radio"/> _____

INFORMATIONS
<u>Période visée : Du 1^{er} octobre 2018 au 31 septembre 2020</u>
Frais d'adhésion : 40 \$