

Association des acupuncteurs du Québec (AAQ)

COTISATIONS POUR L'ADHÉSION ET LE RENOUELEMENT

- Membre actif (inscrit à l'Ordre des acupuncteurs du Québec) : *150.00\$ ()
- Nouveau gradué inscrit (2 premières années suivant la graduation) : *100.00\$ ()
- Membre inactif (arrêt sabbatique ou en retraite professionnelle) : *75.00\$ ()
- Membre étudiant (avec preuves d'études) : *50.00\$ ()
- Membre sympathisant : *50.00\$ ()

*Possibilité de faire 2 versements (chèques post-datés du 1^e novembre et 1^e février)

Veillez s.v.p. compléter et signer le formulaire qui suit et l'envoyer avec votre(vos) chèque(s) au nom de l'Association des acupuncteurs du Québec à l'adresse inscrite en bas de page.

Merci

FORMULAIRE D'ADHÉSION ET DE RENOUELEMENT À L'AAQ

MEMBRES INACTIFS, ÉTUDIANTS ET SYMPATISANTS :

Nom et prénom :	_____
Adresse de correspondance:	_____ _____
Téléphone :	_____
Courriel :	_____

MEMBRES ACTIFS ET NOUVEAUX GRADUÉS :

Nom et prénom :	_____
Date de naissance :	_____
Numéro de membre de l'AAQ :	_____
Autres données cliniques: (facultatif)	
Offrez-vous des traitements à domicile ?	() oui () non
Offrez-vous des traitements d'esthétique ?	() oui () non
Faites-vous des traitements au laser ?	() oui () non

ADRESSE CLINIQUE No 1 :	adresse de correspondance	() oui () non
Région du Québec :	_____	(voir annexe I)
Adresse :	_____	
Ville :	_____	Arr. ou quartier _____
Code postal :	_____	Téléphone(s) : _____
Adresse électronique (facultatif) :	_____	

Désirez-vous que ces données figurent sur la liste de référence téléphonique ? () oui () non
Désirez-vous que ces données figurent sur la liste de référence Internet ? () oui () non

VOIR VERSO

441, rue Sainte-Hélène, suite 1, Longueuil (Québec) J4K 3R3

MEMBRES ACTIFS ET NOUVEAUX GRADUÉS : (suite)

ADRESSE CLINIQUE No. 2	adresse de correspondance	() oui () non
Région du Québec : _____ (voir annexe I)		
Adresse : _____		
Ville : _____ Arr. ou quartier _____		
Code postal : _____ Téléphone(s) : _____		
Adresse électronique (facultatif) : _____		

Désirez-vous que ces données figurent sur la liste de référence téléphonique: () oui () non

Désirez-vous que ces données figurent sur la liste de référence Internet: () oui () non

AUTRE ADRESSE	adresse de correspondance	() oui () non
Région du Québec : _____ (voir annexe I)		
Adresse : _____		
Ville : _____ Arr. ou quartier _____		
Code postal : _____ Téléphone(s) : _____		
Adresse électronique (facultatif) : _____		

Désirez-vous que ces données figurent sur la liste de référence téléphonique ? () oui () non

Désirez-vous que ces données figurent sur la liste de référence Internet ? () oui () non

LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

JE comprends et consens à ce que l'AAQ recueille, utilise et communique mes coordonnées pour des fins de gestion interne, notamment afin de communiquer avec moi, me transmettre des renseignements, m'offrir des services, recueillir ma cotisation, etc. L'AAQ pourra aussi utiliser mes coordonnées si j'y ai droit et si j'y consens, à des fins de services de référence téléphonique et électronique pour le public. Seuls les membres du conseil administratif et certains bénévoles de l'AAQ, dont la connaissance de mes coordonnées dans le cadre de leurs fonctions est nécessaire pour des fins de gestion interne et de services de référence, y auront accès. Je comprends que l'AAQ conservera mes coordonnées dans un dossier me concernant et que je pourrai avoir accès à ce dossier et y apporter des rectifications en communiquant par écrit une demande à cet effet à l'AAQ.

Signature : _____ Date: _____

Particularités reliées aux services de référence téléphonique et électronique :

Je comprends que l'AAQ offre des services de référence téléphonique et électronique qui consistent à fournir, par le biais de l'Internet ou du téléphone, les coordonnées de ses membres aux gens du public qui en font la demande. Je comprends que ce service est offert aux membres de l'AAQ ayant le droit de pratiquer l'acupuncture au Québec. J'affirme donc que je suis présentement inscrit au tableau de l'ordre des acupuncteurs du Québec (OAQ) et que j'ai payé tous les droits et respecté toutes les conditions requises à cette fin. Je m'engage aussi à aviser immédiatement l'AAQ si mon statut envers l'OAQ change.

Je comprends que l'AAQ ne peut divulguer mes coordonnées sans ma permission écrite. J'accorde cette permission en cochant "OUI" aux questions à cet effet dans ce formulaire. Toutefois, si je souhaite retirer cette permission, que j'ai ainsi accordée, je reconnais qu'il en va de ma responsabilité d'informer l'AAQ par écrit de ce retrait.

Je comprends que l'AAQ ne peut pas être garante de l'utilisation de mes coordonnées par le public. Je peux toutefois adresser une demande écrite à l'AAQ afin d'ajouter ou de modifier mes coordonnées. De plus, afin que ce service soit reconnu comme fiable et à jour, je m'engage à aviser aussitôt l'AAQ si mes coordonnées changent. Je comprends que l'AAQ ne peut être tenue responsable de ma pratique ni de mes interventions auprès du grand public suite à ces services de référence. Toutefois, en tant que professionnel de la santé, je m'engage à offrir et à maintenir des services de qualité répondant aux normes et au code déontologique de ma profession d'acupuncteur(e).

Signature : _____ Date : _____