

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 No de licence OAQ : \_\_\_\_\_ (pour les acupuncteurs seulement)  
 Statut de membre désiré\*\* : \_\_\_\_\_ Cotisation : \_\_\_\_\_ \$

\*\*Statut  actif acupuncteurs inscrits à l'Ordre des acupuncteurs du Québec 200.00\$ \*\*\*  
 nouveau gradué jeunes acupuncteurs - 2 premières années suivant la graduation 150.00\$ \*\*\*  
 inactif - ne pratiquant pas, arrêt sabbatique, congé de maternité ou retraite 100.00\$ \*\*\*  
 étudiant - étudiant en acupuncture (avec preuves d'études : photocopie carte étud.) 50.00\$ \*\*\*  
 sympathisant membre sympathisant (public / clients, sympathisants à la MTC) 50.00\$

**Coordonnées pour la Correspondance** (usage interne AAQ seulement)

Adresse correspondance: \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_  
 Téléphone (1) : \_\_\_\_\_ Téléphone (2) : \_\_\_\_\_  
 Courriel pour recevoir les courriels de l'AAQ: \_\_\_\_\_

**Services de références AAQ**  OUI complétez la section des coordonnées cliniques  
 NON

**Coordonnées Cliniques pour les services de références** : coordonnées pour le public

	Clinique #1	Clinique #2	Clinique #3
Nom de la Clinique :			
Région du Québec :			
Adresse :			
Ville :			
Code Postal :			
Arrondissement :			
Téléphone(s) :			
Courriel :			
Autres Domicile Esthétique Laser Intérêts Personnels			

J'affirme que les informations inscrites sur ce formulaire sont vraies et exactes. Je comprends qu'il en va de ma responsabilité d'aviser par écrit l'AAQ de tout changement. Je comprends que l'AAQ ne sera tenue responsable de tout acte d'omission ou déclaration de ma part. Je consens à ce que l'AAQ utilise, recueille et partage mes coordonnées **uniquement pour des fins de gestion interne** afin de communiquer avec moi, me transmettre des renseignements, m'offrir des services, recueillir ma cotisation, etc. Seuls les membres du conseil administratif et certains bénévoles de l'AAQ, qui doivent prendre connaissance de mes coordonnées dans le cadre de leurs fonctions, y auront accès. **Si je consens à paraître sur les listes de références de l'AAQ** je comprends que je donne la permission à l'Association des acupuncteurs du Québec de transmettre mes coordonnées cliniques au public. Je comprends que l'AAQ ne peut être tenue responsable de l'utilisation de mes coordonnées par le public ni de mes interventions auprès de celui-ci. Je comprends que ce service de référence est offert exclusivement aux membres de l'AAQ ayant le droit de pratiquer l'acupuncture au Québec. J'affirme donc que je suis membre en règle auprès 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 comprends que l'AAQ se réserve le droit d'exclure tout membre de ses services de références qui n'est pas conforme aux exigences professionnelles de l'Ordre des acupuncteurs du Québec.

SIGNATURE REQUISE SVP

DATE