ADHÉSION – Formulaire abrégé Association des acupuncteurs du Québec 2009-2010

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Statut de membre désiré** : _____ *(voir tableau ci-bas)*

No de licence OAQ : _____ *(pour les acupuncteurs)*

Cotisation de renouvellement : _____$ *(montant selon statut)*

****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.)	75.00$
	☐ sympathisant	membre sympathisant (public / clients, sympathisants à la MTC)	50.00$

Coordonnés pour la Correspondance (usage interne AAQ seulement)

Adresse postale : _____

Ville : _____

Code postal : _____ **Province**_____

Téléphone (1) : _____ **Téléphone (2)** : _____

Courriel pour recevoir courriels de AAQ: _____

Services de références AAQ ☐ OUI ☐NON

Si OUI, votre clinique sera inscrite sur les listes de références téléphoniques et sur acupuncture-quebec.com

Coordonnées Cliniques // **Compléter seulement si vous avez coché OUI aux services de références**

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

>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> SIGNATURE REQUISE SVP <<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

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, omission ou déclaration de ma part. Je consens à ce que l'AAQ utilise, recueille et communique mes coordonnées **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.

Toutefois, **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 : _____ **Date** : _____