



Demande d'inscription aux avantages et services pour les membres de la SCPH

Instructions :

1. Téléchargez ce formulaire et ouvrez-le dans Acrobat Reader.
2. Remplissez tous les champs et sauvegardez une copie pour vos dossiers.
3. Cliquez sur « Soumettre » pour le transmettre par courriel.

Pour profiter des avantages et services convenus dans le cadre de l'alliance stratégique entre l'A.P.E.S. et la SCPH, toute personne doit remplir les conditions suivantes :

1. Être membre de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH);
2. Remplir la demande d'inscription;
3. Fournir une adresse courriel valide pour recevoir les communications de l'A.P.E.S. et aviser l'A.P.E.S. de tout changement par la suite;
4. Se conformer aux Statuts et règlements de l'A.P.E.S.

Je suis pharmacien(ne).

Je détiens un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie.

Je comprends que j'aurai à aviser l'A.P.E.S. de tout changement à mon adresse courriel.

Je demande, par la présente, à profiter des avantages et services convenus dans le cadre de l'alliance stratégique entre l'A.P.E.S. et la SCPH.

**Les champs précédés d'un astérisque sont obligatoires pour l'ouverture de votre dossier à l'A.P.E.S.*

*Nom : _____ *Prénom : _____
 *Sexe : F M *Date de naissance : _____ / _____ / _____
 Année Mois Jour

*Quatre (4) derniers chiffres du N^o d'assurance sociale :

La date de naissance et les 4 derniers chiffres du NAS sont obligatoires pour valider votre statut lors du premier accès à l'Espace membres du site Web de l'A.P.E.S.

*Adresse de correspondance

Adresse utilisée par l'A.P.E.S. pour la correspondance postale. Cette adresse sera également publiée dans le bottin des membres disponible sur le site Web de l'A.P.E.S. dans l'Espace membres.

Emploi

Résidence

*Courriels de correspondance

Chaque membre intéressé de la SCPH doit fournir une adresse de courriel valide pour recevoir les communications de l'A.P.E.S. Les courriels désignés comme courriels de correspondance seront utilisés par l'A.P.E.S. pour la correspondance électronique. Ils seront également publiés dans le bottin des membres disponible sur le site Web de l'A.P.E.S. dans l'Espace membres.

Courriel personnel

Courriel à l'emploi

Coordonnées personnelles

Adresse résidentielle (no, rue) : _____ App. : _____
 Ville : _____ Province : _____
 Pays : _____ Code postal : _____
 Téléphone (domicile) : _____ Cellulaire personnel : _____
 Courriel personnel : _____

Renseignements et coordonnées d'emploi

Employeur : _____
 Fonction occupée : _____
 Adresse (no, rue) : _____ Bureau : _____
 Ville : _____ Province : _____
 Pays : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____
 Cellulaire (si fourni par l'employeur) : _____ Téléavertisseur : _____
 Courriel : _____

Veuillez télécharger ce formulaire et l'ouvrir dans Acrobat Reader pour le remplir à l'écran, puis l'imprimer pour l'envoyer par la poste ou par télécopie à l'A.P.E.S. Pour le transmettre par courriel, cliquez sur « Soumettre ».