

Étape 2

600 Avis de cotisation

	Cotisation	TPS 5%	TVQ 9,5%	Assurance responsabilité professionnelle	Contribution obligatoire au financement de l'Office des professions du Québec	TOTAL À PAYER			
						Paie- ment en un seul versement	Paie- ment en deux versements		
							Premier versement	Deuxième versement	
<input checked="" type="checkbox"/> Veuillez cocher la catégorie qui s'applique à votre situation									
<input type="checkbox"/> Membre actif privé avec assurance	367,00\$	18,35\$	36,61\$	35,11\$	24,45\$	481,52\$			
<input type="checkbox"/> Membre actif privé sans assurance	367,00\$	18,35\$	36,61\$		24,45\$	446,41\$			
<input type="checkbox"/> Membre actif public avec assurance	367,00\$	18,35\$	36,61\$	8,38\$	24,45\$	454,79\$			
<input type="checkbox"/> Membre non-actif (sans assurance)	206,00\$	10,30\$	20,55\$		24,45\$	261,30\$			
<input type="checkbox"/> Membre exerçant à l'extérieur du Québec avec assurance (Canada seulement)	347,00\$	17,35\$	34,61\$	8,38\$	24,45\$	431,79\$			
<input type="checkbox"/> Membre exerçant à l'extérieur du Québec sans assurance	347,00\$	17,35\$	34,61\$		24,45\$	423,41\$			

700 Paiement

710 Modes de paiement

ARGENT COMPTANT

CHÈQUE Veuillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec et inscrire votre numéro de permis sur le chèque.

VISA

MASTERCARD

NUMÉRO DE LA CARTE: _____ EXPIRATION: _____ SIGNATURE DU TITULAIRE: _____

Tous les prélèvements (carte de crédit ou chèques) seront effectués lors de la réception

720 Versements

1 VERSEMENT

Dater votre chèque en date du jour



1440, Sainte-Catherine Ouest
bureau 721
Montréal QC H3G 1R8

Téléphone 514-931-2900
1-800-561-0029
Télécopieur 514-931-3621

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
AU TABLEAU DES MEMBRES**

Étape 1

100 Identification et renseignements personnels

120 Identification

PRÉNOM, NOM: _____

ADRESSE DU DOMICILE (No, rue): _____

ADRESSE DU DOMICILE (Complément): _____

VILLE, PROVINCE, PAYS: _____

CODE POSTAL: _____ TÉLÉPHONE: _____

TÉLÉPHONE CELLULAIRE: _____ PAGETTE - TÉLÉAVERTISSEUR: _____

COURRIER ÉLECTRONIQUE: _____

125 Domicile professionnel (OBLIGATOIRE)

L'information, que vous cochez, sera affichée au Tableau des membres

LIEU PRINCIPAL DE TRAVAIL: _____

ADRESSE DU DOMICILE: _____

ATTENTION! Le lieu principal de travail constitue le domicile professionnel. A défaut, l'adresse du domicile est utilisée.

126 Préférence de correspondance (OBLIGATOIRE)

JE DÉSIRE RECEVOIR LA CORRESPONDANCE DE L'ORDRE (UN SEUL CHOIX)

PAR COURRIEL

PAR LA POSTE

Pensez à l'environnement!
Préférez l'envoi par courriel!

130 Renseignements personnels

DATE DE NAISSANCE: _____

SEX: M - MASCULIN F - FÉMININ

CITOYENNETÉ: C - CANADIEN R - RÉSIDENT(E)

LANGUE MATERNELLE: F - FRANÇAIS A - ANGLAIS X - AUTRE: _____

LANGUE PRINCIPALE DE TRAVAIL: F - FRANÇAIS A - ANGLAIS

- Je désire ne pas figurer sur la liste d'envoi des offres d'emplois
- Je désire ne pas figurer sur la liste de sollicitation des offres corporatives
- Je désire ne pas figurer sur la liste d'envoi du bulletin mensuel de l'Ordre

