

Étape 2

600 Avis de cotisation

	Cotisation	TPS 5%	TVQ 7,5%	Assurance responsabilité professionnelle	Contribution obligatoire au financement de l'Office des professions du Québec	TOTAL À PAYER			
						Paiement en un seul versement	Paiement 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	361,00\$	18,05\$	28,43\$	68,22\$	22,95\$	498,65\$	340,72\$	180,50\$	
<input type="checkbox"/> Membre actif privé sans assurance	361,00\$	18,05\$	28,43\$		22,95\$	430,43\$	272,50\$	180,50\$	
<input type="checkbox"/> Membre actif public avec assurance	361,00\$	18,05\$	28,43\$	14,75\$	22,95\$	445,18\$	287,25\$	180,50\$	
<input type="checkbox"/> Membre non-actif (sans assurance)	202,00\$	10,10\$	15,91\$		22,95\$	250,96\$	172,53\$	101,00\$	
<input type="checkbox"/> Membre exerçant à l'extérieur du Québec avec assurance (Canada seulement)	341,00\$	17,05\$	26,85\$	14,75\$	22,95\$	422,60\$	274,68\$	170,50\$	
<input type="checkbox"/> Membre exerçant à l'extérieur du Québec sans assurance	341,00\$	17,05\$	26,85\$		22,95\$	407,85\$	259,93\$	170,50\$	

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 le 1er avril 2010

720 Versements

1 VERSEMENT 2 VERSEMENTS PAR CHÈQUES SEULEMENT

Date de votre chèque: 1er avril 2010 Dates de vos chèques: 1er avril 2010

1er septembre 2010

Le paiement en ligne par carte de crédit est disponible jusqu'au 31 mars 2010
Le paiement par chèque est disponible jusqu'au 15 mars 2010
https://www.opiq.qc.ca/Portail2007/Membres_Acces.aspx



1440, Sainte-Catherine Ouest Téléphone 514-931-2900
 bureau 320 1-800-561-0029
 Montréal QC H3G 1R8 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 _____

IND. REG. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

TÉLÉPHONE CELLULAIRE _____

IND. REG. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

PAGETTE - TÉLÉAVERTISSEUR _____

IND. REG. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIER ÉLECTRONIQUE _____

125 Domicile professionnel * Information publique *

LIEU PRINCIPAL DE TRAVAIL _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

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

126 Préférence de correspondance

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 _____ SEXE _____ CITOYENNETÉ _____

JOUR MOIS ANNEE

M - MASCULIN
F - FÉMININ

C - CANADIEN
R - RÉSIDENT(E)

LANGUE MATERNELLE _____ LANGUE PRINCIPALE DE TRAVAIL _____

F - FRANÇAIS
A - ANGLAIS
X - AUTRE : _____

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 d'envoi de matériel publicitaire
- Je désire ne pas figurer sur la liste d'envoi du bulletin mensuel de l'Ordre

