

**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	354,00\$	17,70\$	27,88\$	68,22\$	28,30\$	496,10\$	341,67\$	177,00\$	
<input type="checkbox"/> Membre actif privé sans assurance	354,00\$	17,70\$	27,88\$		28,30\$	427,88\$	273,45\$	177,00\$	
<input type="checkbox"/> Membre actif public avec assurance	354,00\$	17,70\$	27,88\$	14,75\$	28,30\$	442,63\$	288,20\$	177,00\$	
<input type="checkbox"/> Membre non-actif (sans assurance)	198,00\$	9,90\$	15,59\$		28,30\$	251,79\$	175,37\$	99,00\$	
<input type="checkbox"/> Membre exerçant à l'extérieur du Québec avec assurance (Canada seulement)	334,00\$	16,70\$	26,30\$	14,75\$	28,30\$	420,05\$	275,63\$	167,00\$	
<input type="checkbox"/> Membre exerçant à l'extérieur du Québec sans assurance	334,00\$	16,70\$	26,30\$		28,30\$	405,30\$	260,88\$	167,00\$	

**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 2009

**720 Versements**

1 VERSEMENT  2 VERSEMENTS PAR CHÈQUES SEULEMENT

Date de votre chèque: 1er avril 2009 Dates de vos chèques: 1er avril 2009

1er septembre 2009

Le paiement en ligne par carte de crédit est disponible jusqu'au 31 mars 2009

Le paiement par chèque est disponible jusqu'au 15 mars 2009

[https://www.opiq.qc.ca/Portail2007/Membres\\_Acces.aspx](https://www.opiq.qc.ca/Portail2007/Membres_Acces.aspx)



Ordre professionnel  
des inhalothérapeutes  
du Québec

1440, Sainte-Catherine Ouest  
bureau 320  
Montréal QC H3G 1R8

Téléphone  
Télécopieur

514-931-2900  
1-800-561-0029  
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: \_\_\_\_\_

COURRIER ÉLECTRONIQUE: \_\_\_\_\_

**125 Domicile professionnel**

LIEU PRINCIPAL DE TRAVAIL: \_\_\_\_\_

ADRESSE DU DOMICILE: \_\_\_\_\_

**NB:** Le domicile professionnel choisi est une information publique. L'Ordre recommande "Lieu principal de travail"

**126 Préférence de correspondance**

JE DÉSIRES 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:  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 d'envoi de matériel publicitaire

