

FRAIS POUR LE RETOUR À L'EXERCICE DE LA PROFESSION EN 2 ÉTAPES :**ÉTAPE 1 - FRAIS D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES**

Vous **devez joindre** votre paiement avec le présent formulaire. Les frais sont de **517.39 \$** (taxes incluses).

CHÈQUE Veuillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (ou OPIQ) et inscrire votre n° permis sur le chèque.

VISA }
 MASTERCARD }
 NUMÉRO DE LA CARTE EXPIRATION CVC (code à 3 chiffres au verso)
 x
 SIGNATURE DU TITULAIRE

Réservé à l'OPIQ

inscription des frais d'étude au dossier membre x
 INITIALE

ÉTAPE 2 - INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES

	Cotisation	TPS 5%	TVQ 9,975%	Assurance responsabilité professionnelle	Contribution obligatoire au financement de l'Office des professions du Québec	TOTAL À PAYER		
						Paiement en un seul versement	Paiement en 2 versements	
						1er versement	2ième versement	
<input checked="" type="checkbox"/> Veuillez cocher la catégorie qui s'applique à votre situation								
<input type="checkbox"/> Membre actif privé avec assurance	425,00 \$	21,25 \$	42,39 \$	59,77 \$	29,00 \$	577,41 \$	356,09 \$	244,33 \$
<input type="checkbox"/> Membre actif public avec assurance	425,00 \$	21,25 \$	42,39 \$	13,99 \$	29,00 \$	531,63 \$	310,31 \$	244,33 \$
<input type="checkbox"/> Membre non-actif (sans assurance)	241,00 \$	12,05 \$	24,04 \$		29,00 \$	306,09 \$	190,54 \$	138,55 \$
Un membre non actif n'est pas autorisé à poser d'activités professionnelles (voir alinéa 7 de l'article 37.1 du <i>Code des professions</i>)								

IMPORTANT! Pour effectuer les stages ou les cours, vous devrez défrayer les coûts d'inscription au Tableau des membres. Faites parvenir un chèque à l'Ordre ou contacter la *Adjointe administrative au Tableau des membres* au 514 931.2900 poste 21 pour payer par carte de crédit.

Le paiement en 2 versements (chèque) est disponible seulement pour ceux qui se réinscrivent **avant le 1er septembre 2021**. Dates de vos chèques: date du jour et 1er septembre 2021.



1440, Sainte-Catherine Ouest Téléphone 514 931.2900
 bureau 721 1 800 561.0029
 Montréal H3G 1R8 Télécopieur 514 931.3621

**FORMULAIRE
D'INSCRIPTION PLUS 3 ANS****LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE:**

Vous n'avez pas exercé votre profession au cours des 3 dernières années.

Obligation

Vous devez remplir le présent formulaire et nous le faire parvenir au moins 3 mois avant votre retour au travail.

IDENTIFICATION ET ADRESSE DE RÉSIDENCE

PRÉNOM, NOM

ADRESSE DE RÉSIDENCE (n°, rue)

ADRESSE DE RÉSIDENCE (complément)

VILLE, PROVINCE, PAYS

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

IND. REG.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

TÉLÉPHONE CELLULAIRE

IND. REG.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL DE COMMUNICATION

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

Vous êtes tenu de transmettre une adresse courriel comprenant soit votre prénom, soit votre nom de famille ou les deux informations.

EN TANT QUE MEMBRE DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, VOUS ÊTES INFORMÉ PAR COURRIEL DES ACTIVITÉS DE FORMATION, DE NOS NOUVEAUTÉS ET DE TOUTES AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES À LA PROFESSION.

AFIN DE RÉPONDRE AUX EXIGENCES DE LA LOI CANADIENNE ANTIPOURRIEL ET LES AUTRES MENACES ÉLECTRONIQUES, NOUS DEVONS DORÉNAVANT OBTENIR VOTRE CONSENTEMENT POUR VOUS FAIRE PARVENIR NOS COMMUNICATIONS ÉLECTRONIQUES À CARACTÈRE COMMERCIAL. **COCHEZ LES CASES:**

- Je consens à recevoir la revue *l'inhalo*
- Je consens à recevoir les offres corporatives (par courrier ou par courriel)
- Je consens à recevoir l'infolettre (congrès, formation continue, journée des responsables, etc.)
- Je consens à figurer sur la liste de sollicitation téléphonique de La Capitale
- Je consens à recevoir les offres d'emplois
- Je consens à partager mon adresse courriel afin de bénéficier d'avantages aux membres (exemple : Nautilus)

EN TOUT TEMPS, IL VOUS SERA POSSIBLE DE VOUS DÉSABONNER.

ATTENTION! VOUS NE RECEVREZ PAS L'INFORMATION POUR LES CASES NON COCHÉES.

RENSEIGNEMENTS DISCIPLINAIRES (OBLIGATOIRE)

En vertu de l'article 45.2 du Code des professions

AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET D'UNE DÉCISION DISCIPLINAIRE D'UN AUTRE ORDRE PROFESSIONNEL OU D'UNE AUTRE ASSOCIATION DU QUÉBEC OU À L'ÉTRANGER VOUS IMPOSANT UNE SANCTION ?

O - OUI Si oui, fournir en annexe la date de la décision, la nature de l'infraction de même que la nature de la sanction canadienne ou étrangère de toute décision portée contre vous.
 N - NON

RENSEIGNEMENTS JUDICIAIRES (OBLIGATOIRE)

En vertu de l'article 45.2 du Code des professions

AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET D'UN JUGEMENT D'UN TRIBUNAL CANADIEN OU ÉTRANGER VOUS DÉCLARANT COUPABLE D'UNE INFRACTION CRIMINELLE? (RÉPONDEZ NON SI VOUS EN AVEZ OBTENU LE PARDON)

O - OUI Si oui, fournir en annexe la date du jugement, le numéro de dossier de la cour, les motifs de condamnation(s) et la décision judiciaire canadienne ou étrangère de tout jugement porté contre vous.
 N - NON

RÉCLAMATIONS EN RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE (OBLIGATOIRE)

En vertu de l'article 62.2 du Code des professions

AVEZ-VOUS REÇU LA SIGNIFICATION D'UN RECOURS (ACTION CIVILE) EN RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE INTENTÉ CONTRE VOUS ?

O - OUI Si oui, transmettre une **copie certifiée conforme** de la procédure à Me Andréanne Lebel
 N - NON

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL (DEPUIS VOTRE RADIATION AU TABLEAU DES MEMBRES)**1. NOM DE L'EMPLOYEUR**

SECTEUR D'ACTIVITÉ	ANNÉE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. NOM DE L'EMPLOYEUR

SECTEUR D'ACTIVITÉ	ANNÉE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

LIEU PRINCIPAL D'EXERCICE ET DOMICILE PROFESSIONNEL (OBLIGATOIRE)

En vertu de l'article 60 du Code des professions

Exemple de nom d'installation valide

RÉPONSE: Hôtel-Dieu du CHUM
ou
RÉPONSE: Hôpital de Hull

Exemple de nom d'installation invalide

RÉPONSE: CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
ou
RÉPONSE: CISSS de l'Outaouais

NOM DE L'INSTALLATION OÙ VOUS EXERCEZ PRINCIPALEMENT VOS ACTIVITÉS

TÉLÉPHONE	POSTE	TÉLÉCOPIEUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IND. REG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	IND. REG.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TITRE DE L'EMPLOI	STATUT DE L'EMPLOI
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL

CODE DU SECTEUR
<input type="text"/>

SECTEUR D'ACTIVITÉ SECONDAIRE

CODE DU SECTEUR
<input type="text"/>

SECTEUR D'ACTIVITÉ SECONDAIRE

CODE DU SECTEUR
<input type="text"/>

SECTEUR D'ACTIVITÉ SECONDAIRE

CODE DU SECTEUR
<input type="text"/>

2e LIEU DE TRAVAIL**NOM DE L'INSTALLATION**

TÉLÉPHONE	POSTE	TITRE DE L'EMPLOI	CODE DU SECTEUR D'ACTIVITÉ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IND. REG.	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Titre d'emploi - ligne 410 - 420 - 430		
110 Enseignant(e)	114 Coordonnateur clinique/technique	120 Coordonnateur de programme
111 Responsable de service	115 Autre	123 Intervenant pivot
112 Assistant chef inhalothérapeute	116 Chef de programmes	
113 Inhalothérapeute	118 Coordonnateur (CÉGEP)	
Statut de l'emploi - lignes 410 - 420 - 430		
200 Temps plein	201 Temps partiel	202 Temps occasionnel
Secteur d'activités - lignes 410 - 420 - 430		
300 Soins respiratoires généraux	306 Soins à domicile (soins respiratoires généraux)	312 Clinique anti-douleur
301 Assistance ventilatoire	307 Soins à domicile (VAP)	313 Calorimétrie
302 Assistance anesthésique	308 Soins à domicile (épreuves diagnostiques)	314 Autre
303 Épreuves diagnostiques de la fonction respiratoire	309 Rééducation respiratoire	315 Enseignement en premiers soins (RCR)
304 Cardiologie et hémodynamie	310 Centre d'enseignement sur l'asthme-MPOC	317 Administration
305 Épreuves diagnostiques du sommeil	311 Recherche	319 Groupe de médecine de famille (GMF)
		320 Épreuves diagnostiques de la fonction cardiaque (effort)

DOMICILE PROFESSIONNEL / ATTESTATION DE VÉRACITÉ (DÉCLARATION OBLIGATOIRE)**OBLIGATOIRE! Prenez connaissance, cochez et signez.**

- Je comprends que le domicile professionnel est le lieu où j'exerce principalement ma profession et que cette information (adresse et numéro de téléphone) est accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- Je comprends que si je ne fournis pas à l'Ordre un lieu de travail principal, mon adresse personnelle deviendra mon domicile professionnel et sera accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de domicile **dans les 30 jours** à compter du changement.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de statut **immédiatement** lors d'une modification à ma situation professionnelle.
- Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre dans les 10 jours à compter de celui où j'en suis informé, d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq (5) ans d'emprisonnement ou plus.

Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance

DATE

x

SIGNATURE

➔ PAIEMENT AU VERSO

