

# ADHÉSION OU RENOUELEMENT À L'AIC POUR INFIRMIÈRE OU INFIRMIER ÉMÉRITE 2021

Merci d'avoir choisi de devenir membre retraité ou émérite auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Veuillez remplir le formulaire ci-dessous. Vous pouvez également remplir le formulaire en ligne à [adhesion.cna-aic.ca](http://adhesion.cna-aic.ca).

## Confirmer le permis d'exercice antérieur

Veuillez fournir deux des renseignements suivants :

N° d'identification de l'AIC \_\_\_\_\_

Province ou territoire où vous déteniez un permis d'exercice en tant qu'infirmière ou infirmier autorisé\*

N° de permis \_\_\_\_\_

Année d'obtention du diplôme \_\_\_\_\_

Nom de l'école de sciences infirmières où vous avez obtenu votre diplôme \_\_\_\_\_

Type d'infirmière/infirmier :  inf. aut.  inf. aux. aut.

inf. psychiatrique

\* Si vous détenez un permis présentement valide d'exercice en tant qu'infirmière ou infirmier autorisé, vous n'êtes pas admissible à la catégorie de membre retraité de l'AIC. Toutes les infirmières à la retraite de chacune des catégories infirmières réglementées peuvent se joindre à l'AIC directement.

## Coordonnées du membre

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse 1 \_\_\_\_\_

Adresse 2 \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/territoire \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Langue de correspondance :  français  anglais

## Paiement (non-remboursable)

Province/territoire de résidence	Frais	Taxes	Total	Choisissez une option
Man., Sask., Alb., C.-B., Yn, T.N.-O.,	63,65 \$	5 %	<b>66,83 \$</b>	<input type="checkbox"/>
Qc	63,65 \$	5% & 9.975%	<b>73,18 \$</b>	<input type="checkbox"/>
Ont.	63,65 \$	13 %	<b>71,92 \$</b>	<input type="checkbox"/>
N.-É., N.-B., Î.-P.-É., T.-N.-L.	63,65 \$	15 %	<b>73,20 \$</b>	<input type="checkbox"/>

Numéro d'inscription de TPS/TVH de l'AIC : 106864549RT0001

CNA QST registration No. NR00005339

Pour ceux et celles qui adhèrent entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre, les frais d'adhésion comprennent le reste de l'année civile courante, plus l'année suivante.

### POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Formulaire rempli en date du : \_\_\_\_\_

Données saisies dans CRM par : \_\_\_\_\_

Formulaire rempli par : \_\_\_\_\_

Données saisies dans CRM en date du : \_\_\_\_\_

Paiement traité par : \_\_\_\_\_

J'ai joint un chèque ou un mandat bancaire (payable à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada)

Veuillez porter les frais à ma carte de crédit : Visa / MasterCard (Encercler une carte de crédit)

N° de la carte \_\_\_\_\_ Date d'expiration (MM/AA) \_\_\_\_\_ CVV : \_\_\_\_\_

Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Nom figurant sur la carte \_\_\_\_\_

**Veuillez faire parvenir ce formulaire accompagné d'un chèque par la poste à :**

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario), K2P 1E2

**Ou par télécopieur avec paiement par carte de crédit au 613-288-5205**

Téléphone : 1-800-361-8404, poste 262 (ne pas laisser de renseignements relatifs à la carte de crédit sur notre système de messagerie)