

Site Web :

J'accepte d'informer l'**Association** de toute modification mes coordonnées personnelles dans les trente (30) jours suivant cette modification. **(S'il vous plaît coché la case pour fournir un accord)**

J'accepte d'informer l'**Association** de tout changement de statut enregistré auprès de mon collège de réglementation des massothérapeutes dans les trente (30) jours suivant ce changement. **(S'il vous plaît coché la case pour fournir un accord)**

Veillez fournir

- Une copie de votre certificat de secourisme et RCR (copie)
 - Le rapport de vérification du casier judiciaire ((copie)
 - Une preuve d'obtention de votre diplôme OU d'adhésion à un Collège de massothérapie d'une province légiférée, s'il y a lieu (copie)
 - ECOS et ECM résultats (lettres de confirmation PDF) *Candidats du Nouveau-Brunswick
 - Deux pièces d'identité émises par le gouvernement (une pièce doit être une pièce d'identité avec photo)
 - Formulaire de demande d'assurance OU une preuve de souscription à une police d'assurance responsabilité et négligence professionnelle (copie de la police), s'il y a lieu
-

Frais d'adhésion

Voir le Tableau ci-dessous

Assurance

Pour de plus amples renseignements sur ces polices d'assurance, veuillez consulter le site web de l'ANBMT, au www.anbmt.ca et cliquez sur « Formulaires », puis sur « Assurance Enregistrement/Renouvellement », puis sur « Lackner McLennan ».

Si vous souscrivez à une police d'assurance autre que celle de Lackner McLennan, **veuillez remplir la partie suivante et inclure une copie de la police d'assurance :** (lettres moulées, SVP)

Par la présente, je certifie que j'ai souscrit à une police d'assurance responsabilité et négligence professionnelle d'un montant de _____ \$ avec _____ qui est valide jusqu'au _____.

Information sur la compagnie d'assurance

Raison sociale : _____

Personne contact : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de police d'assurance: _____

Veillez remplir le Tableau ci-dessous et envoyez le paiement **combinant** les frais d'adhésion et d'assurance à l'ANBMT.

Mois d'adhésion	Cotisation d'adhésion pour l'ANBMT uniquement (\$)	Cotisation pour l'assurance responsabilité et négligence de Lackner McLennan (\$)	Cotisation d'adhésion pour l'ANBMT et Lackner McLennan (\$)
Janvier	146,25	78,00	224,25
Février	130,00	69,00	199,00
Mars	113,75	60,00	173,75
Avril	97,50	51,00	148,50
Mai	81,25	42,00	123,25
Juin	65,00	33,00	98,00
Juillet	48,75	25,00	73,75
Août	32,50	25,00	57,50
Septembre	16,25	25,00	41,25
Octobre*	195,00*	105,00*	300,00*
Novembre	178,75	96,00	274,75
Décembre	162,50	87,00	249,50

Total des paiements (veuillez additionner les montants appropriés dans le Tableau ci-dessous)

Type	Montant (\$)	Paiement Total (\$)
Membre provisoire	Voir le Tableau	
Assurance responsabilité LM	Voir le Tableau	
Assurance pour modalité supplémentaire	(Demander le montant)	
Paiement Total (\$)		

AVIS IMPORTANTS CONCERNANT LES FAÇONS DE PAIEMENT

Veuillez payer **TOUS** les frais à « ANBMT », inclus le paiement de l'assurance responsabilité et négligence professionnelle de Lackner McLennan Ltd. C'est un **paiement combiné**.

Des frais administratifs de **20,00 \$** seront facturés pour tout chèque NSF (chèque sans provision) retourné à l'ANBMT.

Pour des paiements venant du Canada, vous pouvez utiliser des chèques réguliers. Si vous faites un paiement venant de l'extérieur du Canada (ex. États Unis), veuillez envoyer un mandat-chèque émis en dollars canadiens. Les banques canadiennes n'acceptent pas les chèques de pays étrangers.

À partir de maintenant, vous pouvez transférer vos paiements (adhésion et assurance, tout en un paiement) directement par transaction électronique! Veuillez simplement utiliser l'adresse courriel de l'ANBMT (anbmt@anbmt.ca). Veuillez également indiquer que le paiement est pour vous en incluant votre nom et adresse.

Si vous voulez payer vos frais en utilisant PayPal (l'unique option d'utilisation de carte de crédit), allez sur le site web de l'ANBMT, à : anbmt@anbmt.ca, puis cliquez sur « Membres », puis « Cotisations ». Là vous trouverez des Tableaux présentant les différentes options de paiement. Veuillez cliquer sur « Buy Now » dans la rangée correspondant à votre paiement, puis suivez les directives (uniquement en anglais). Veuillez également envoyer le formulaire de demande initiale d'adhésion indiquant que vous avez payé avec PayPal.

Déclaration

Vous êtes obligés de répondre aux questions suivantes.

1. Avez-vous été trouvé coupable ou chargé et trouvé non coupable ou avez-vous été acquitté d'un délit criminel? Oui Non
2. Avez-vous jamais fait l'objet d'une poursuite pour faute professionnelle, incompétence ou incapacité ou toute autre poursuite de ce genre dans le cadre de cette profession ou d'une autre profession de santé? Oui Non
3. Faites vous présentement l'objet d'une procédure contre vous concernant des allégations de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité ou de ce genre dans le cadre de cette profession ou d'une autre profession de santé Oui Non
4. Avez-vous déjà été un membre avec mauvaise réputation (« not in good standing ») dans un Collège ou une Association de massothérapie Oui Non Sans Objet

Par la présente, j'autorise l'Association néo-brunswickoise de Massothérapeutes à engager toutes les recherches sur moi qu'elle trouve appropriée dans le cadre de cette demande. Je reconnais que je n'aurais pas rempli les obligations concernant les normes et les qualifications d'adhésion si, dans le cadre de cette demande ou de demandes antérieures, j'ai fait des déclarations fausses ou trompeuses par ce que j'ai mentionné ou par ce que j'ai omis de mentionné.

Date _____ / _____ / _____ (jj/mm/aaaa)

Nom complet du demandeur (lettres moulée SVP)

Signature du demandeur