

## FORMULAIRE DE DEMAND D'ADHÉSION D'AFFILIÉ

### **Membre affilié**

Le statut de Membre affilié est accordé à un individu, un groupe ou une organisation, une entreprise ou une société qui a un intérêt dans l'avancement de la profession de la massothérapie et dans la poursuite des objectifs de l'Association.

**Remarque:** Il n'est pas nécessaire d'être un **Massothérapeute accrédité** ou d'être inscrit à un programme de massothérapie pour être éligible.

### **Type d'adhésion**

Membre affilié - **Individuel**

Membre affilié - **Autre\***

\***Autre-** groupe, organisation, entreprise ou société ou autre

### **Raison de la demande d'adhésion en tant que Membre affilié:**

Travail dans le domaine de la santé en tant que:

Infirmière

Physiothérapeute

Ostéopathe

Acupuncteur

Chiropracteur

Réflexologue

Massothérapeute (autre association/province)  \_\_\_\_\_

Gérant/propriétaire de la clinique (massothérapie)

Autre industrie/profession  \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer votre adresse postale préférée**

Domicile     Affaires/Emploi

**Veillez indiquer votre langue préférée**

Anglais     Français

**Avez-vous déjà été membre de l'ANBMT ?**

Oui     Non

**Adresse du domicile (en lettres moulées)**

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Nom du groupe/de la compagnie/de l'organisation/de l'entreprise: (le cas échéant)

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_

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

Téléphone: \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Site web:

\_\_\_\_\_

**Adresse professionnelle (en lettres moulées)**

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Nom du groupe/de la compagnie/de l'organisation/de l'entreprise: (le cas échéant)

---

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_

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

Téléphone: \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Site web: \_\_\_\_\_

---

### **Frais d'adhésion**

- Frais de société/organisation/entreprise/groupe - 115,00 \$
- Frais individuel - 75,00 \$
- Sous réserve de modifications et déterminé par le Conseil d'administration.
- Tous les frais sont inclus dans la TPS

| Type                                   | Montant (\$) | Paiement total (\$) |
|--|--------------|---------------------|
| Membre affilié de l'ANBMT (Individuel) | 75,00        |                     |
| Membre affilié de l'ANBMT (autre)      | 115,00       |                     |
| <b>Paiement total (\$)</b>             |              |                     |

### **Remarques importantes concernant le paiement**

#### **Politique de remboursement**

1. Les cotisations des membres de l'ANBMT sont entièrement conservées et non remboursables - à l'exception de circonstances *extraordinaires* et à la discrétion du Conseil d'administration.
2. La prime d'assurance responsabilité professionnelle est entièrement conservée par Lackner McLennan Insurance (LMI) et non remboursable.
3. Des frais d'administration de 5,00 \$ sont ajoutés à la prime pour l'administration du programme de l'ANBMT. Ces frais sont entièrement conservés par l'ANBMT.
4. Frais de PayPal - Des frais de transaction sont inclus par PayPal lors de l'utilisation de cette méthode (paiement par carte de crédit). L'ANBMT n'est pas en mesure de traiter les paiements directs par carte de crédit. Si un remboursement est demandé et

accordé, le remboursement sera basé sur le montant payé moins les frais de transaction PayPal.

5. Des frais d'administration de 20,00 \$ seront inclus pour les chèques retournés à l'ANBMT "NSF" (fonds insuffisants).

- Les paiements au Canada peuvent être effectués par chèque personnel. Si votre paiement provient de l'extérieur du Canada (par exemple des États-Unis), veuillez effectuer le paiement en utilisant un mandat postal en \$CAN (les banques canadiennes n'acceptent pas les chèques personnels étrangers).

- Transférez votre cotisation directement à l'adresse électronique de l'ANBMT: [anbmt@anbmt.ca](mailto:anbmt@anbmt.ca).

- Si vous désirez payer vos frais en utilisant PayPal (seulement l'option de carte de crédit), veuillez vous rendre sur le site Web de l'ANBMT à [www.anbmt.ca](http://www.anbmt.ca) et sur *Membres et Paiement en ligne* - vous y trouverez un tableau des frais décrivant les différentes options de frais. Veuillez cliquer sur "*Acheter maintenant*" dans la colonne de droite du "Tableau des frais" dans la rangée appropriée.

- Veuillez également envoyer votre formulaire de renouvellement d'adhésion en indiquant que vous avez payé avec PayPal.

- Les cotisations des membres de l'ANBMT sont entièrement conservées et non remboursables - à l'exception de circonstances extraordinaires et à la discrétion du Conseil d'administration.

- Frais de PayPal - Des frais de transaction sont inclus par PayPal lors de l'utilisation de cette méthode (paiement par carte de crédit). L'ANBMT n'est pas en mesure de traiter les paiements directs par carte de crédit. Si un remboursement est demandé et accordé, le remboursement sera basé sur le montant payé moins les frais de transaction PayPal.

### **Déclaration et entente**

Par la présente, je demande à devenir Membre affilié de l'Association néo-brunswickoise de massothérapeutes Inc. (ANBMT) et je certifie qu'au meilleur de ma connaissance et de ma conviction, les informations contenues dans cette demande sont vraies et je déclare que:

1. Je suis citoyen canadien et j'ai au moins 19 ans (si le demandeur est un individuel).

**Oui** ou  **Non**

2. Je m'intéresse aux activités, au bien-être, au rôle et à la fonction de l'Association.

**Oui** ou  **Non**

3. J'ai l'intention de contribuer et d'être affilié à la profession de la massothérapie

**Oui** ou  **Non**

4. J'accepte de faire preuve de normes de comportement, de philosophie, d'éthique, de principes et de valeurs qui correspondent à ceux de l'Association.

**Oui** ou  **Non**

5. Je m'engage à éviter toute activité susceptible de porter préjudice aux intérêts de l'Association et de ses membres.  **Oui ou**  **Non**
6. Avez-vous déjà été condamné ou accusé, et non reconnu coupable ou acquitté, d'une infraction criminelle?  **Oui ou**  **Non**
7. Avez-vous fait l'objet d'une procédure disciplinaire auprès d'une autre association professionnelle ?  **Oui ou**  **Non**
8. Y a-t-il déjà eu une constatation de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité ou toute autre constatation similaire en rapport avec la profession ou une autre profession de santé ?  **Oui ou**  **Non**
9. Y a-t-il une procédure en cours contre vous concernant une allégation de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité ou toute autre constatation similaire en rapport avec votre pratique de la massothérapie ou d'une autre profession de santé ?  **Oui ou**  **Non**
10. Après être devenu membre d'un Collège et/ou d'une Association de massothérapie, vous est-il déjà arrivé de ne pas être membre en règle de ce collège et/ou de cette Association ? (si le candidat est un individuel)  **Oui ou**  **Non ou**  **N/A**
11. Je m'engage à respecter les documents constitutifs de l'Association (politiques et procédures, règlements, loi sur la société).  **Oui ou**  **Non**
12. Je suis membre actif ou inscrit auprès de l'Association provinciale ou du Collège de réglementation de la profession au sein duquel je travaille (le cas échéant).  **Oui ou**  **Non**
- Si oui, quelle Association/Collège/Profession \_\_\_\_\_*
13. Je comprends que l'Association peut, à son entière discrétion, rejeter ma demande d'adhésion sans avoir à en fournir les raisons.   
**Oui ou**  **Non**

Par la présente, j'autorise l'Association néo-brunswickoise de massothérapeutes Inc. à se renseigner sur moi de la manière qu'elle juge appropriée dans le cadre de la présente

demande. Je comprends que je suis réputé ne pas avoir satisfait aux normes et aux qualifications requises pour l'obtention d'un certificat d'inscription si, dans le cadre de la présente demande ou de demandes antérieures, j'ai fait des déclarations fausses ou trompeuses, soit à cause de ce que j'ai déclaré, soit parce que j'ai laissé sans déclaration. Je comprends que le statut de Membre affilié ne constitue pas une licence pour exercer la massothérapie.

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

---

Nom complet du demandeur/société/entreprise/groupe (en lettres moulées)

---

Signature du demandeur

**Politique de confidentialité**

L' Association néo-brunswickoise de massothérapeutes Inc. (ANBMT) s'engage à protéger vos renseignements personnels. Vous trouverez tous les détails de la politique de confidentialité de l'ANBMT sur notre site Web.