

Bulletin d'adhésion

ADERME

Association pour le Développement de l'Enseignement et de la Recherche Médicale
305-465 avenue Victoria, Saint-Lambert, Québec, J4P 2J2

OBNL, enregistrée au REQ sous le # 1180075369

À remplir par l'adhérent(e) :

<input type="radio"/> Adhésion à titre individuelle	<input type="radio"/> Adhésion de groupe (Remplir le document en annexe 2)
Prénom :	Nom de l'organisme :
Nom :	
Profession :	
Adresse :	
Ville :	
Province :	Code postal :
Courriel :	

1/ (**Obligatoire**) Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'ADERME à titre de :

☐ Membre régulier

☐ Membre associé

2/ (**Facultatif**) Je souhaite aider l'ADERME à remplir ses missions en participant bénévolement à ses actions mises en place :

☐ Oui et je joins mon CV à la demande

3/ (**Obligatoire**)

☐ J'accepte de payer le coût de l'adhésion d'un montant annuel de 10\$ par an.

4/ (**Obligatoire**)

☐ Je soussigné(e) que toutes les informations du bulletin d'adhésion ADERME sont exactes ET je confirme avoir lu, compris et accepté les termes et conditions énoncés en **Annexe 1**.

Fait à :

Date :

Signature de l'adhérent (précédé de la mention « **bon pour accord** »)

Bulletin d'adhésion

ADERME

Association pour le Développement de l'Enseignement et de la Recherche Médicale

305-465 avenue Victoria, Saint-Lambert, Québec, J4P 2J2

OBNL, enregistrée au REQ sous le # 1180075369

Annexe 1

Termes et conditions qui autorisent l'ADERME à...

1/ Communication par courriel :

J'accepte de recevoir les communications de l'ADERME par courriel plutôt que par courrier.

2/ Renouvellement de l'adhésion :

Nous pouvons utiliser les informations que vous fournissez pour vous envoyer des rappels et des notifications concernant le renouvellement de votre adhésion.

3/ Vérification de votre profession :

Nous collectons des données sur votre profession dans le but de mieux comprendre et agir dans nos missions d'enseignement destinées aux professionnels de la santé. Ces informations peuvent être utilisées à des fins statistiques et analytiques.

4/ Historique des membres

Nous maintenons un historique des membres afin de suivre l'évolution de notre organisation ET des justificatifs de présence lors des actions menées ou suivies par nos membres. Cet historique inclura des informations telles que la date d'adhésion, la durée de l'adhésion et la présence aux événements (incluant votre prénom, nom et profession), mais exclura les adresses civiques pour des raisons de confidentialité.

5/ Confidentialité des informations :

Vos informations personnelles ne seront ni vendues, ni louées, ni partagées avec des tiers à des fins commerciales. Elles seront traitées avec confidentialité et sécurisées conformément à notre politique de confidentialité.

Deux exclusions au 5/ :

- La liste des membres faisant parti du Conseil d'Administration (nom, prénom et profession) est toutefois diffusée afin de communiquer avec transparence auprès des donateurs.
- Les CV, tels que communiqués par les adhérent(e)s qui s'engagent à agir bénévolement pourront être transmis à tout donateur potentiel afin de définir le montant des honoraires que l'ADERME pourra percevoir dans le cadre de ses missions.

6/ Modification des conditions :

Nous nous réservons le droit de modifier ces termes et conditions à tout moment. Les modifications prendront effet dès leur publication par tout moyen de communication approprié.

Bulletin d'adhésion

ADERME

Association pour le Développement de l'Enseignement et de la Recherche Médicale

305-465 avenue Victoria, Saint-Lambert, Québec, J4P 2J2

OBNL, enregistrée au REQ sous le # 1180075369

Annexe 2

Uniquement pour les adhésions de groupe

Merci de bien vouloir indiquer les professionnels de la santé de votre organisme OU
professionnels du service concerné par l'adhésion :

Prénom	Nom	Préciser votre titre de professionnel de la santé : la spécialité si MD spécialisé ou MD de famille ou IPS ou Infirmier(e) Cli/Tech/Aux ou Externe ou Résident(e) avec votre spécialité

[illegible]