

Ensemble, nous pouvons améliorer les choses

Donnez de votre temps et participez à l'action en 2009-2010!

Veuillez spécifier le niveau qui vous intéresse :

Section et/ou Association nationale

Veuillez indiquer vos champs d'intérêt :

<input type="checkbox"/> Comité de planification des politiques gouvernementales et sanitaires
<input type="checkbox"/> Comité de recherche
<input type="checkbox"/> Comité de valorisation
<input type="checkbox"/> Comité des finances
<input type="checkbox"/> Comité des prix
<input type="checkbox"/> Comité des règlements
<input type="checkbox"/> Comité des services éducatifs (planification CPP/SÉÉ)
<input type="checkbox"/> Comité directeur des normes de pratique (normes, lignes directrices, énoncés et documents d'information)
<input type="checkbox"/> Comité directeur du projet SCPH 2015
<input type="checkbox"/> Comité du service aux membres
<input type="checkbox"/> Conférencier (CPP/SÉÉ) Sujet :
<input type="checkbox"/> Conseil canadien de la résidence en pharmacie d'hôpital
<input type="checkbox"/> Conseil des associés
<input type="checkbox"/> Fondation pour la recherche et l'éducation
<input type="checkbox"/> JCPH (Comité de rédaction)
<input type="checkbox"/> JCPH (examen des soumissions)
<input type="checkbox"/> Leadership en gestion
<input type="checkbox"/> Présidence d'un réseau de spécialistes en pharmacie (RSP) Votre spécialité :
<input type="checkbox"/> Programme des prix (examen des soumissions)
<input type="checkbox"/> Autres intérêts :

Déclaration de la SSCP sur le respect de la vie privée:

Les renseignements que vous fournissez à la SCPH, tels que votre nom, adresse et adresse électronique, sont utilisés pour vous faire part de questions particulières, d'événements, d'activités et d'offres spéciales. De temps à autre, nous mettons la liste de nos membres à la disposition de compagnies et d'organisations réputées, dont les produits ou les services pourraient vous être utiles.

Cochez cette case si vous **ne voulez pas** que la SCPH transmette vos coordonnées à d'autres compagnies ou organisations.

DEMANDE D'ADHÉSION



La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) est la voix nationale des pharmaciens engagés à l'avancement de l'utilisation sécuritaire et efficace des médicaments, et des soins aux patients dans les établissements de santé.

SCPH
2015
Point de mire
sur l'excellence en
pratique pharmaceutique



Canadian Society of Hospital Pharmacists
Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

Frais d'adhésion pour 2009-2010

Section †	Actif/ Bienfaiteur	Nouveau Actif/ Bienfaiteur An 1 Épargnez 50%	Nouveau Actif/ Bienfaiteur An 2 Épargnez 25%	Actif en Formation**	Conjoint	En congé	Retraité Épargnez 50%	Étudiant**
Alberta	246,76\$	123,38\$	185,06\$	66,83\$	202,46\$	127,34\$	123,38\$	46,97\$
Colombie-Britannique	246,76\$	123,38\$	185,06\$	66,83\$	202,46\$	127,34\$	123,38\$	46,97\$
Île-du-Prince-Édouard	246,76\$	123,38\$	185,06\$	66,83\$	202,46\$	127,34\$	123,38\$	46,97\$
Manitoba	261,76\$	130,88\$	196,31\$	81,83\$	217,46\$	142,34\$	130,88\$	46,97\$
Nouveau-Brunswick	285,56\$	142,78\$	214,16\$	71,92\$	237,89\$	157,05\$	142,78\$	50,54\$
Nouvelle-Écosse	285,56\$	142,78\$	214,16\$	91,92\$	237,89\$	157,05\$	142,78\$	50,54\$
Ontario	315,01\$	157,51\$	236,25\$	72,08\$	270,71\$	195,59\$	157,51\$	52,22\$
Québec	266,76\$	133,38\$	200,06\$	70,83\$	222,46\$	147,34\$	133,38\$	50,97\$
Saskatchewan	246,76\$	123,38\$	185,06\$	66,83\$	202,46\$	127,34\$	123,38\$	46,97\$
Terre-Neuve/Labrador	275,56\$	137,78\$	206,66\$	81,92\$	227,89\$	147,05\$	137,78\$	52,54\$
É.-U. *	235,01\$	117,50\$	176,25\$	63,65\$	192,82\$	121,28\$	117,50\$	44,73\$
International *	235,01\$	117,50\$	176,25\$	63,65\$	192,82\$	121,28\$	117,50\$	44,73\$

La cotisation comprend les frais de l'association nationale et, le cas échéant, des sections de même que toutes les taxes.

La période d'adhésion à la SCPH commence le 1^{er} juillet 2009 et se termine le 30 juin 2010. Devenez membre ou renouvelez votre adhésion dès le 1^{er} avril 2009 et recevez jusqu'à 15 mois d'adhésion au même tarif. La cotisation est valable jusqu'au 30 juin 2010. La cotisation totale est exigée même lorsque l'adhésion a lieu en cours d'année.

† Les membres qui demeurent au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut peuvent choisir de s'affilier à la section de leur choix.




* Les membres qui habitent aux États-Unis ou dans un autre pays ne paient que la cotisation de l'association nationale et sont exemptés des taxes. Ceux qui veulent se joindre à une section particulière doivent payer la cotisation de la section en question. Veuillez communiquer avec la SCPH pour connaître les détails.

** Une photocopie de la carte d'étudiant, de la lettre d'admission ou du relevé de notes actuel est exigée pour avoir droit au tarif étudiant ou actif en formation.

Demande d'adhésion

NOM ET ADRESSE		
NOM (Veuillez mentionner les diplômes professionnels. Par ex. B. Sc. Pharm)		
<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		
TITRE (P. ex. Pharmacien-chef, Étudiant en pharmacie, Résident)		
ANNÉE DE PROMOTION (1 ^{er} CYCLE EN PHARMACIE)		
HÔPITAL/FACULTÉ/ENTREPRISE		
ADRESSE POSTALE PRIMAIRE (Requise - utilisée pour communiquer avec vous) <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Travail		
VILLE	PROVINCE/ÉTAT	CODE POSTAL/ZIP
ADRESSE POSTALE SECONDAIRE, (facultative)		
VILLE	PROVINCE/ÉTAT	CODE POSTAL/ZIP
ADRESSE ÉLECTRONIQUE (nécessaire pour recevoir le bulletin électronique, les communiqués électroniques et pour avoir accès à la section réservée aux membres sur le site Web de la SCPH)		
TÉLÉPHONE BUREAU		TÉLÉPHONE MAISON
QUELOU'UN VOUS A-T-IL INVITÉ À DEVENIR MEMBRE DE LA SCPH? (Fournir le nom du membre)		

TYPE D'ADHÉSION	
<input type="checkbox"/> Actif	\$
<input type="checkbox"/> Actif en formation	\$
<input type="checkbox"/> Conjoint	\$
<input type="checkbox"/> En congé	\$
<input type="checkbox"/> Retraité	\$
<input type="checkbox"/> Étudiant	\$
<input type="checkbox"/> Bienfaiteur	\$
Don à la Fondation pour la R&E (facultatif) (Un reçu officiel sera remis pour l'impôt. No d'enreg. 0876409-19)	\$
COÛT TOTAL (\$Can.) TPS N° R106866940	\$

MODE DE PAIEMENT	
<input type="checkbox"/> Chèque (inclus) payable à la SCPH	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
<input type="checkbox"/> PAIEMENT PAR VERSEMENTS*	Payable au moment de l'adhésion - \$ 1 ^{er} novembre 2009 - \$
NOM SUR LA CARTE DE CRÉDIT	
NUMÉRO DE LA CARTE	DATE D'EXPIRATION
SIGNATURE	

Langue préférée : Anglais Français

***Paiement par versements** : La cotisation des membres actifs et bienfaiteurs peut être payée en deux versements, le premier au moment de l'adhésion et le second en date du 1^{er} novembre 2009 au plus tard. Les deux versements doivent accompagner le présent formulaire de demande d'adhésion, soit par chèques encaissables aux dates mentionnées ci-dessus, soit par autorisation de débit sur carte de crédit à ces dates. La même carte de crédit doit servir pour les deux paiements. Deux reçus différents seront émis dans les 30 jours suivant chaque paiement.

Poster ou télécopier à : **Société Canadienne des pharmaciens d'hôpitaux**
 ats : Robyn Rockwell, Agente du service aux membres
 30, impasse Concourse, unité 3 Ottawa ON K2E 7V7
 Tél : 613-736-9733, poste 222 • Téléc. : 613-736-5660