

Période d'adhésion : 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2024

 Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom 2<sup>e</sup> prénom (pour raison d'identification) Jour Mois Année

Numéro du certificat (si applicable) : \_\_\_\_\_ Année d'émission : \_\_\_\_\_

 Adresse à domicile : \_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code postal

 Téléphone à domicile : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Courriel à domicile : \_\_\_\_\_  
Ind. rég.

 Employeur actuel \* : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_  
Ind. rég.

 Télécopieur : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Courriel au travail : \_\_\_\_\_  
Ind. rég.

 Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code postal

\* Veuillez entrer le nom de votre établissement si vous présentez une demande d'adhésion en tant qu'étudiant(e).

 Sur le tableau suivant, veuillez s'il vous plaît **encercler le montant des frais** qui correspond à la branche et au type d'adhésion que vous souhaitez demander. Si vous résidez à l'extérieur du Canada et ne détenez pas un certificat de l'ICISP, sélectionnez adhésion internationale.

**NOTE** : La branche est la province où vous résidez sauf si vous habitez au Québec, aux Territoires du Nord-Ouest (T.N.O), au Nunavut ou au Yukon. Pour le Québec, S.V.P. sélectionnez la branche du Nouveau-Brunswick. Pour les T.N.O et le Nunavut, S.V.P. sélectionnez la branche de l'Alberta. Pour le territoire du Yukon, S.V.P. sélectionnez la branche de la Colombie-Britannique.

Type d'adhésion	Branche							
	Colombie Britannique*	Alberta*	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse / I.P.E*	Terre-Neuve-et-Labrador
Taux de taxation	5 %	5 %	5 %	5 %	13 %	15 %	15 %	15 %
Régulier (par branche)	220,00 \$ plus taxe	220,00 \$ plus taxe	220,00 \$ plus taxe	220,00 \$ plus taxe	220,00 \$ plus taxe	220,00 \$ plus taxe	215,00 \$ plus taxe	210,00 \$ plus taxe
Total avec taxe	231,00 \$	231,00 \$	231,00 \$	231,00 \$	248,60 \$	253,00 \$	247,25 \$	241,50 \$
Retraité 50,00 \$	52,50 \$	52,50 \$	52,50 \$	52,50 \$	56,50 \$	57,50 \$	57,50 \$	57,50 \$
Étudiant 50,00 \$	52,50 \$	52,50 \$	52,50 \$	52,50 \$	56,50 \$	57,50 \$	57,50 \$	57,50 \$
Fraternel 120,00 \$	126,00 \$	126,00 \$	126,00 \$	126,00 \$	135,60 \$	138,00 \$	138,00 \$	138,00 \$
International	105,00 \$ (les taxes ne s'appliquent pas)							

\* L'ICISP est tenu de percevoir le plus haut de taxation des provinces / territoires participants.

Numéro d'enregistrement de la TPS / TVH : 100766484

Le paiement est fait par :

- Chèque (faire le chèque à l'ordre de l'ICISP)
- Carte de crédit
- Mandat poste
- Par votre employeur (Info du chèque ou carte de crédit jointe)

 Carte de Crédit :  Visa  MasterCard  American Express

Numéro sur la carte : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_ / \_\_ CVV: \_\_\_

Nom sur la carte : \_\_\_\_\_

**Déclaration sur les compétences professionnelles continues** – Je reconnais que si je détiens un CPHI(C), alors pour être admissible comme membre régulier ou international de l'ICISP, je dois participer au programme de compétences professionnelles continues et je suis tenu d'enregistrer mes heures de perfectionnement professionnel annuel sur le Centre des Services aux membres (<http://www.ciphi.ca/info-centre/continuing-professional-competencies-cpc-program/>). Je reconnais que ceci n'est pas requis pour d'autres types d'adhésion.

**Déclaration sur le Code de déontologie** – J'ai lu le Code de déontologie de l'ICISP (<http://www.ciphi.ca/pdf/codeofethics.pdf>) et en tant que membre de l'ICISP, je reconnais mon obligation morale de respect ce code d'une manière digne de la profession de la santé environnementale / santé publique.

**Déclaration sur la divulgation des renseignements personnels** – Je reconnais que mes renseignements personnels seront utilisés conformément à la politique de confidentialité de l'ICISP, Politique nationale d'opération #2 (<http://www.ciphi.ca/pdf/NOP2.pdf>).

 Conformément à cette Politique, en cochant les cases ci-dessous, j'autorise l'ICISP à fournir mes renseignements personnels aux intervenants de l'ICISP pour fins de :  Levée de fonds de l'ICISP  Informations sur les membres corporatifs / affiliés

Ma signature ci-dessous confirme que j'ai lu et compris les déclarations susmentionnées et par la présente, je demande l'adhésion à l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique. Cette demande implique que l'adhésion se prolonge jusqu'à ce qu'une démission ne soit présentée, ou jusqu'à ce que l'adhésion ne soit interrompue en vertu des conditions contenues dans les Règlements de l'Institut.

En outre, j'autorise d'avoir la carte de crédit débitée du montant indiqué ci-dessus, si ce mode de paiement est choisi.

Nom (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_