

Visitez le site <https://nbpharma.ca/membres/creer-un-nouveau-compte> pour créer un nouveau compte / vous connecter pour renouveler une adhésion  
**OU** remplissez et renvoyez ce formulaire avec les informations de paiement à [membres@nbpharma.ca](mailto:membres@nbpharma.ca).

**PROFIL DU MEMBRE – TOUTS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES. VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES.**

<b>Nom :</b> _____	<b>Langue préférée :</b> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/>
<b>Adresse postale :</b> _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____	Comté (« Autre » si hors d’N.-B.) _____ <b>Tél. :</b> _____ cell. <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/>
<b>Courriel :</b> _____	<b>N° de licence d’OPNB :</b> _____ <i>(Laisser vide si vous n’en avez pas)</i>
<b>Employeur (pharmacie) :</b> _____	<b>Tél. au travail :</b> _____
<b>Avez-vous l'intention d'exercer en Nouvelle-Écosse au cours de cette année d'adhésion ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**ADHÉSION – Les cotisations des membres comprennent la TVH applicable. Au prorata de septembre à décembre 2024. Veuillez choisir une option.**

<p><b>MEMBRES VOTANTS :</b></p> <p><i>Doit être autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick et doit résider ou travailler au Nouveau-Brunswick.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>PHARMACIEN.NE</b> – 172,50 \$ Comprend les stagiaires et les diplômés à l'étranger. <b>Veillez indiquer si :</b> <input type="checkbox"/> <b>Entreprise</b> - Désigné par une pharmacie qui verse la redevance volontaire. <input type="checkbox"/> <b>Hôpital</b> - Employé principalement dans un hôpital ou une institution.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>TECHNICIEN.NE EN PHARMACIE</b> – 34,50 \$</p>	<p><b>MEMBRES NON VOTANTS :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>ASSOCIÉ.E</b> – 195,50 \$ Toute personne intéressée dans les affaires de l'Association, qui ne remplit pas les conditions requises pour être membre votant.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ÉTUDIANT.E</b> – 11,50 \$ Inscrit dans une faculté/collège de pharmacie ou un programme accrédité de formation de techniciens en pharmacie. <b>Veillez indiquer :</b> <input type="checkbox"/> Étudiant.e en pharmacie <input type="checkbox"/> Étudiant.e technicien.ne en pharmacie</p> <p><input type="checkbox"/> <b>RETRAITÉ.E</b> – 46,00 \$ Toute personne qui était auparavant un membre votant et qui est maintenant complètement à la retraite.</p>
---	---

**ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE – En option. Au prorata de septembre à décembre 2024. Veuillez en choisir une.**

Couvre votre exercice dans toutes les provinces du pays, à l'exception du Québec. Notez que les exigences en matière d'assurance varient entre les provinces. En millions de dollars.

	PHARMACIEN :	TECH / ÉTUDIANT :
1 M\$ par événement, 2 M\$ plafond total – <i>Seulement pour les techniciens et les étudiants. Non valide en N.-É.</i>	N/A	15,00 \$ <input type="checkbox"/>
2 M\$ par événement, 4 M\$ plafond total – <i>Minimum pour les pharmaciens. Comprend le remboursement des frais de justice de 25 000 \$ pour les étudiants uniquement.</i>	35,00 \$ <input type="checkbox"/>	20,00 \$ <input type="checkbox"/>
3 M\$ par événement, 5 M\$ plafond total – <i>Recommandé aux praticiens qui administrent des injections.</i>	50,00 \$ <input type="checkbox"/>	25,00 \$ <input type="checkbox"/>
4 M\$ par événement, 5 M\$ plafond total	60,00 \$ <input type="checkbox"/>	30,00 \$ <input type="checkbox"/>
5 M\$ par événement, 5 M\$ plafond total – <i>Recommandé aux pharmaciens exerçant dans les cliniques de soins.</i>	75,00 \$ <input type="checkbox"/>	40,00 \$ <input type="checkbox"/>

**REMBOURSEMENT DES FRAIS DE JUSTICE – Ajout facultatif. Les primes s'appliquent à tous les membres. Au prorata. Veuillez en choisir une.**

Couvre les dépenses raisonnables liées à la défense d'une ou de plusieurs plaintes auprès d'organismes de réglementation professionnelle et/ou d'audiences disciplinaires au titre d'un ordre provincial de pharmaciens.

25 000 \$ par événement, 50 000 \$ plafond total	20,00 \$ <input type="checkbox"/>
50 000 \$ par événement, 50 000 \$ plafond total	15,00 \$ <input type="checkbox"/>
100 000 \$ par événement, 100 000 \$ plafond total	20,00 \$ <input type="checkbox"/>

**PAIEMENT – Les reçus seront envoyés sur réception du paiement.**

Total d'adhésion : _____ \$	<b>POUR PAYER PAR VISA OU MASTERCARD</b>	
Total d'assurance professionnelle : + _____ \$	N° de carte de crédit :	Expiration (MM/AA):
Total de remboursement des frais de justice : + _____ \$	Code postal de l'adresse de facturation :	Code de sécurité à 3 chiffres :
<b>TOTAL (montant à payer) = _____ \$</b>	Signature :	Date :

En fournissant vos informations personnelles, vous acceptez et consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de celles-ci conformément à la politique de confidentialité.