

Deux options d'inscription s'offrent à vous :

- (1) Allez en ligne ([www.nbpharma.ca](http://www.nbpharma.ca)) pour créer un nouveau compte ou renouveler votre adhésion.
- (2) Remplissez (imprimez) et envoyez le formulaire accompagné de votre paiement à l'adresse ci-dessus.

Nom : _____	Pharmacie : _____		
Adresse postale : _____			
Rue _____	Ville _____	Province _____	Code Postal _____
Téléphone (domicile) : _____	(cell.) : _____	(travail) : _____	
EXIGÉ – Courriel : _____	Langue : français anglais District : _____		
<b>Membres non votants :</b>			
TECHNICIEN EN PHARMACIE	(75,00 \$ + 11,25 \$ (TVH) = 86,25 \$)	<input type="checkbox"/>	
ÉTUDIANT Étudiant en pharmacie	(20,00 \$ + 3,00 \$(TVH) = 23,00 \$)	<input type="checkbox"/>	
Étudiant technicien en pharmacie	(20,00 \$ + 3,00 \$(TVH) = 23,00 \$)	<input type="checkbox"/>	
<b>Total pour l'adhésion</b>			_____ \$

<b>Assurance responsabilité professionnelle :</b>	<b>Technicien inscrit, étudiant en pharmacie et étudiant technicien en pharmacie</b>
1 million \$ en garantie, 2 millions \$ plafond de garantie globale (REMARQUE : répond aux exigences de l'OPNB – permis pour technician/etudiant)	40,00 \$ <input type="checkbox"/>
2 millions \$ en garantie, 4 millions \$ plafond de garantie globale	50,00 \$ <input type="checkbox"/> Comprend le remboursement des frais de défense juridique de 25 000 \$ pour les <b>étudiants seulement</b> , sans frais additionnels.
3 millions \$ en garantie totale, 5 millions \$ plafond de garantie globale	75,00 \$ <input type="checkbox"/>
4 millions \$ en garantie totale, 5 millions \$ plafond de garantie globale	90,00 \$ <input type="checkbox"/>
5 millions \$ en garantie totale, 5 millions \$ plafond de garantie globale	110,00 \$ <input type="checkbox"/>
<b>Garantie de remboursement des frais juridiques (facultative)</b>	
25 000 \$ par événement / 50 000 \$ cumulatif	30,00 \$ <input type="checkbox"/>
50 000 \$ par événement / 50 000 \$ cumulatif	40,00 \$ <input type="checkbox"/>
100 000 \$ par événement / 100 000 \$ cumulatif	50,00 \$ <input type="checkbox"/>
<b>Total pour l'assurance responsabilité professionnelle</b>	_____ \$
<b>Total pour l'adhésion et l'assurance responsabilité professionnelle</b>	_____ \$

En fournissant des renseignements personnels à l'APNB vous convenez que nous pouvons les recueillir, utiliser et divulguer selon notre politique de protection de la vie privée et vous y consentez.

___ Chèque ci-joint ___ Porter au compte Visa ou MC n° _____
Date d'expiration : _____ EXIGENCE : _____ code de sécurité à 3 chiffres au dos de la carte. REMARQUE : Les reçus de l'APNB sont envoyés sur réception du paiement.
Signature _____ Date _____