

Par la présente, j'effectue une demande d'adhésion à l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique à titre individuel ou pour une organisation. En fonction de la présente demande, cette adhésion se poursuivra jusqu'à son désistement, ou jusqu'à sa révocation en vertu des conditions énoncées dans les règlements de l'Institut.

Nom de l'entreprise (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource : \_\_\_\_\_ N° de téléphone direct au travail : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_  
Indicatif régional

Adresse postale : \_\_\_\_\_  
Adresse municipale Ville/municipalité Province Code postal

N° de téléphone au travail : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N° de cellulaire : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Indicatif régional Indicatif régional

N° de télécopieur : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
Indicatif régional

**Code de déontologie** — En tant que membre de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique, nous reconnaissons ce qui suit :

- Nous avons une obligation envers les sciences et les arts pour l'avancement de la santé publique. Nous veillerons au maintien des normes de notre profession en recherchant toujours la vérité et en diffusant nos constatations ; et nous nous efforcerons de rester pleinement informés des développements du domaine de la santé publique.
- Nous avons une obligation envers le public qui nous accorde sa confiance et nous nous efforcerons, au meilleur de notre capacité, de protéger ses intérêts avec honnêteté et discernement. Nous ferons preuve de loyauté envers l'administration publique ou le secteur retenant nos services.
- Il est un droit fondamental de tout être humain de jouir du meilleur état de santé possible, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques ou sa condition économique ou sociale.
- Nous ferons preuve de loyauté envers notre profession, nous respecterons les règlements de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique et nous nous conduirons en tout temps d'une manière digne de notre profession.

J'ai lu ce qui précède et j'appuie la présente demande d'adhésion comme membre affilié. Les objectifs de notre organisation correspondent à ceux énoncés dans le code mentionné précédemment.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Sociétés** : les sociétés membres sont des entreprises qui tirent profit de l'information, de l'éducation et de l'autopromotion offertes par leur adhésion à l'Institut.

**Individus ou organismes à but non lucratif** : ils peuvent faire une demande d'adhésion comme membres affiliés s'ils partagent un intérêt commun dans le domaine de la santé environnementale et souhaitent parler d'une seule voix sur des questions d'intérêt commun.

Les membres affiliés n'ont ni le droit de vote ni le droit d'exercer une fonction élective. Une telle adhésion est à la convenance de l'Institut.

Veillez indiquer le type d'adhésion comme membre affilié demandé :

**Société** (600 CAD + taxes)       **Individu** (50 CAD + taxes)       **Organisme sans but lucratif** (250 CAD + taxes)

Dans le tableau ci-dessous, veuillez encercler le montant des cotisations qui correspond à la branche et au type d'adhésion de votre demande.

Branche	Alberta, Manitoba	Ontario	Nouveau-Brunswick	Extérieur du Canada
	Colombie-Britannique		Terre-Neuve	
	Saskatchewan		Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard**	
Taux de taxation	5 %	13 %	15 %	S.O.
Société	630 \$	678 \$	690 \$	600 \$
Individu	52,50 \$	56,50 \$	57,50 \$	50 \$
Organisme sans but lucratif	262,50 \$	282,50 \$	287,50 \$	250 \$

Mode de paiement :

- Chèque (joint, payable à l'ICISP)  
 Carte de crédit  
 Mandat (joint)

Numéro d'inscription aux fins de la TPS/TVH : 100766484

Type de carte de crédit :  Visa  Mastercard  American Express

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

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

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

Signature : \_\_\_\_\_

Veillez envoyer la demande et le paiement à : ICISP, 720-999 West Broadway, Vancouver, BC, Canada, V5Z 1K5

Téléphone : 604 739-8180 (sans frais : 1 888 245-8180) • Télécopieur : 604 738-4080 • Courriel : [office@ciphi.ca](mailto:office@ciphi.ca)

