

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Deuxième prénom (À des fins d'identification) Jour Mois Année

Numéro de certificat (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Année de délivrance : \_\_\_\_\_

 Adresse de résidence : \_\_\_\_\_  
Adresse municipale Ville/municipalité Province Code postal

 N° de téléphone à la maison : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Adresse électronique personnelle : \_\_\_\_\_  
Indicatif régional

 Employeur actuel\* : \_\_\_\_\_ N° de téléphone au travail : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_  
Organisme Indicatif régional

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

 Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse municipale Ville/municipalité Province Code postal

\* Veuillez saisir votre établissement scolaire si vous faites une demande d'adhésion comme étudiant.

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

**REMARQUE :** La branche correspond à votre province de résidence, à moins que vous soyez au Québec, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut ou au Yukon. Pour le Québec, veuillez choisir le Nouveau-Brunswick ; pour les T. N.-O. et le Nunavut, choisissez l'Alberta ; et pour le Yukon, la Colombie-Britannique.

Type d'adhésion	Branche							
	Colombie-Britannique*	Alberta*	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Nouveau-Brunswick*	Nouvelle-Écosse/Î.-P.-É.*	T.-N.-L.
<b>Taux de taxation</b>	5 %	5 %	5 %	5 %	13 %	15 %	15 %	15 %
<i>Cotisations ordinaires (par branche)</i>	240 \$ plus taxes	240 \$ plus taxes	240 \$ plus taxes	240 \$ plus taxes	240 \$ plus taxes	240 \$ plus taxes	235 \$ plus taxes	230 \$ plus taxes
<i>Cotisations totales avec les taxes</i>	<b>252 \$</b>	<b>252 \$</b>	<b>252 \$</b>	<b>252 \$</b>	<b>271,20 \$</b>	<b>276 \$</b>	<b>270,25 \$</b>	<b>264,50 \$</b>
<i>Cotisations pour personnes retraitées 50 \$</i>	<b>52,50 \$</b>	<b>52,50 \$</b>	<b>52,50 \$</b>	<b>52,50 \$</b>	<b>56,50 \$</b>	<b>57,50 \$</b>	<b>57,50 \$</b>	<b>57,50 \$</b>
<i>Cotisations pour personnes étudiantes 50 \$</i>	<b>52,50 \$</b>	<b>52,50 \$</b>	<b>52,50 \$</b>	<b>52,50 \$</b>	<b>56,50 \$</b>	<b>57,50 \$</b>	<b>57,50 \$</b>	<b>57,50 \$</b>

\* L'ICISP est tenu de percevoir le taux de taxation le plus élevé des provinces et territoires participants.

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

Mode de paiement :

- Chèque (payable à l'ICISP)
- Carte de crédit
- Mandat
- Employeur (renseignements relatifs au chèque ou à la carte de crédit joints)
- Retenue à la source (communiquez avec le service des RH pour la configuration du paiement)

 Type de carte de crédit :  Visa  Mastercard  American Express

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

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

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

**Déclaration relative aux compétences professionnelles continues** — Je reconnais que si je détiens le titre de CISP(C), je dois participer au programme de compétences professionnelles continues pour être admissible à une adhésion ordinaire à l'ICISP, et je dois tenir un registre de mes heures de perfectionnement professionnel annuelles sur le Centre de services aux membres (<https://icisp.ca/professional-development/>). Je sais que cela n'est pas requis pour les autres types d'adhésion.

**Déclaration relative au code de déontologie** — J'ai lu le code de déontologie de l'ICISP (<http://www.icisp.ca/codeofethics/>) et en tant que membre de l'ICISP, je reconnais mon obligation morale de le respecter d'une manière digne de ma profession en santé publique/environnementale.

**Déclaration relative à la communication de renseignements** — Je reconnais que mes renseignements personnels seront utilisés conformément à la politique opérationnelle nationale 2 ([https://icisp.ca/NOP2\\_FR.pdf](https://icisp.ca/NOP2_FR.pdf)) et à la politique de confidentialité de l'ICISP.

Conformément à cette politique, en cochant les cases suivantes, je consens à ce que l'ICISP puisse fournir mon nom et mes coordonnées aux parties prenantes de l'ICISP aux fins suivantes :  Collecte de fonds de l'ICISP  Transmission d'informations aux sociétés membres et membres affiliés

En signant ci-dessous, je confirme avoir lu et compris les déclarations précédentes et effectue par la présente une demande d'adhésion à l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique. 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.

De plus, j'autorise le prélèvement du montant sélectionné sur ma carte de crédit si j'ai choisi ce mode de paiement.

 \_\_\_\_\_  
 Nom en lettres moulées

 \_\_\_\_\_  
 Signature

 \_\_\_\_\_  
 Date