

Informations personnelles

M. Mme

NOM

PRÉNOM

ADRESSE DOMICILE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE | FAX

COURRIEL

Employeur

RAISON SOCIAL, SOCIÉTÉ OU EMPLOYEUR

ADRESSE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE | FAX

COURRIEL

Affaires (pratique privée)

RAISON SOCIAL, SOCIÉTÉ OU EMPLOYEUR

ADRESSE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE | FAX

COURRIEL

RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX

Veuillez répondre à chacune des questions ci-dessous.

Numéro de permis de l'OPQ (obligatoire) : _____ Date de naissance : _____

Région administrative : _____

Moyen privilégié pour la correspondance : Courriel Poste Poste/Courriel

Adresse de correspondance (courrier) : Domicile Employeur Affaires

RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX

Veillez répondre à chacune des questions ci-dessous.

J'aimerais participer au(x) Comité(s) suivant(s) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conseil d'administration | <input type="checkbox"/> Comité sur la psychothérapie |
| <input type="checkbox"/> Comité de formation continue | <input type="checkbox"/> Comité sur les tiers payeurs |
| <input type="checkbox"/> Comité des psychologues en début de pratique | <input type="checkbox"/> Comité communication stratégique |
| <input type="checkbox"/> Comité marketing | <input type="checkbox"/> Comité du bulletin APQ |
| <input type="checkbox"/> Comité Internet | <input type="checkbox"/> Comité éthique et processus disciplinaire |
| <input type="checkbox"/> Comité sur le suicide | <input type="checkbox"/> Autres dossiers ou intérêts : _____ |

Appartenance à des associations ou regroupement :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asso. des psychologues des Laurentides | <input type="checkbox"/> Asso. des psychologues en Centres Jeunesse |
| <input type="checkbox"/> Regrou. des psy. en Expertise Psycho-légale | <input type="checkbox"/> Regrou. des psychologues en Gériatrie |
| <input type="checkbox"/> Regrou. des psy. en Prog. d'aide aux Employés | <input type="checkbox"/> Société Québécoise de Psychologie du Travail |
| <input type="checkbox"/> Société Canadienne de psychologie | <input type="checkbox"/> American Psychological Association |

Je désire recevoir de la publicité d'intérêts pour la psychologie.

- Oui Non

J'accepte qu'on communique avec moi pour fins de recherche en psychologie.

- Oui Non

SERVICE DE RÉFÉRENCES

- Je désire être inscrit au service de référence de l'Association des psychologues du Québec.

*Prendre note que les coordonnées qui seront affichées sont celles de la place d'affaires. Vous devez compléter le formulaire « Service de référence ».

- Je désire être inscrit à la banque de superviseur de l'Association des psychologues du Québec.

J'affirme que tous les renseignements sont véridiques. En demandant mon adhésion à l'Association des psychologues du Québec, je m'engage à respecter tous les règlements généraux et le code d'éthique de l'Association.

Signature _____ Date _____
(JJ/MM/AAAA)

Coût de l'adhésion

La cotisation est valide du 1 octobre au 30 septembre de chaque année.

Paiement accepté : chèque ou carte de crédit

FRAIS D'ADHÉSION (incluant les taxes)

- | | | |
|--|-----------|--|
| <input type="checkbox"/> Membre étudiant | 40,24 \$ | *Preuve de statut étudiant obligatoire – cycles supérieurs en psychologie |
| <input type="checkbox"/> Membre Début de pratique | 77,61 \$ | *Membre de l'OPQ depuis moins de trois ans et qui n'ont pas de pratique stable |
| <input type="checkbox"/> Membre Régulier | 155,22 \$ | |
| <input type="checkbox"/> Membre Retraité / 65 et + | 77,61 \$ | |

Paiement par carte de crédit

- VISA MASTERCARD

Code de sécurité de la carte (3 chiffres)

Nom du détenteur

Numéro de la carte

Date d'expiration

Signature du détenteur

RETOURNEZ VOTRE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI ACCOMPAGNÉ DE VOTRE PAIEMENT À :

7400, boul. Galeries d'Anjou, bureau 410, Montréal (Québec) H1M 3M2
Téléphone : 514-353-7555 | Télécopieur : 514-355-4159 | apq@spg.qc.ca