



Adhésion à titre de membre de soutien 2015-2016

Une adhésion à titre de membre de soutien vous offre, à prix réduit, tous les avantages d'une adhésion à titre de membre actif, à l'exception de l'assurance responsabilité professionnelle. Votre adhésion à l'ACHD vous donne de la crédibilité, de la visibilité et une voix, en plus de l'accès au perfectionnement professionnel, à des abonnements à un magazine professionnel et à un journal de recherche, et à plusieurs autres produits et services à valeur ajoutée.

Consultez le site www.achd.ca (www.cdha.ca) pour de plus amples renseignements.

Pour accélérer le traitement de votre adhésion, veuillez renouveler votre adhésion en ligne à www.achd.ca/renouveler.



BOURSES
MAGAZINE OH CANADA!
PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL
CONDITIONNEMENT PHYSIQUE À PRIX RÉDUIT
SERVICES FINANCIERS
ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ
GESTION DE CARRIÈRE
AVANTAGES SOCIAUX
COLLECTIVITÉ, COMMUNAUTÉ
RESSOURCES DIDACTIQUES EN FORMAT DVD
SENSIBILISATION
RÉSEAUTAGE
RESSOURCES
CONSEIL JURIDIQUE
VOYAGES ET HÔTELS À RABAIS
PROGRAMME DE MIEUX-ÊTRE
LIVRES À RABAIS
FORMATION
VOIX
CONFÉRENCES CARRIÈRE
CONSEILS EN MATIÈRE DE PRATIQUE AUTONOME
JOURNAL CANADIEN DE L'HYGIÈNE DENTAIRE
RE | DÉCOUVREZ VOTRE ACHD
PLAIDoyer
PRIX WEBINAIRES
DE L'OBTENTION DU DIPLOME
CONSEILS PRATIQUES EN MATIÈRE
POSSIBILITÉS D'EMPLOI
ENSEIGNANTS
RECONNAISSANCE

1122, rue Wellington Ouest
Ottawa (Ontario) K1Y 2Y7

www.achd.ca
adhesion@achd.ca

Tél. : 1-800-267-5235 | Téléc. : 613-224-7283

**L'ACHD vous invite à redécouvrir
l'adhésion à votre association.** Nous sommes très fiers d'offrir un programme d'avantages exceptionnels à nos membres.



ADHÉSION À L'ACHD À TITRE DE MEMBRE DE SOUTIEN

(Du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

Note : Les membres de l'Alberta, de la Saskatchewan et de la Nouvelle-Écosse ne devraient pas remplir le présent formulaire. Votre adhésion est traitée par votre organisme provincial de réglementation.

Que voulez-vous faire?

- Renouveler mon adhésion

Numéro de membre : _____

- Soumettre une demande d'adhésion

Prénom : _____

Second prénom : _____

Nom de famille : _____

Adresse de courriel : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Pays : _____

Numéro de téléphone (maison) : (____) _____

Numéro de téléphone (cellulaire) : (____) _____

Préférence de communication : maison cellulaire

Nouveaux membres

Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : _____

Sexe : Mâle Femelle

Établissement d'hygiène dentaire fréquenté : _____

Date d'obtention du diplôme (MM/JJ/AAAA) : _____

Déclaration du membre qui n'est pas en exercice

- J'atteste que je suis un hygiéniste dentaire. J'atteste également que je n'exerce pas la profession au Canada et que l'information fournie et les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes.

Signature : _____

Date (MM/JJ/AAAA) : _____

PRÉFÉRENCES

Communications par courriel

Votre choix de communication peut être modifié en tout temps. En accédant à votre profil en ligne, vous pouvez sélectionner les types spécifiques de courriels que vous désirez recevoir de l'ACHD.

Voulez-vous recevoir les communications de l'ACHD par courriel?

- Oui Non*

**Veuillez prendre note que vous ne pouvez refuser de recevoir des courriels transactionnels tel que des factures, des reçus, des confirmations d'adhésions, etc.*

Consentement au publipostage

- JE CONSENS à ce que l'ACHD divulgue mon adresse postale à un tiers qui satisfait aux exigences en matière de location de liste de publipostage.

Consentement à l'ajout du nom au répertoire des membres

- JE CONSENS à ce que mon nom figure dans le répertoire des membres.

Statut professionnel

- Pratique autonome
 Pratique autonome et Employé/Contractuel
 Employé/Contractuel

Publications

Préférez-vous ne recevoir que la version électronique des publications suivantes :

Journal canadien de l'hygiène dentaire Oui Non

Oh Canada! Oui Non

NOTE : Les anciens numéros du journal et du magazine sont toujours accessibles en ligne sur www.achd.ca.

PAIEMENT

Tableau des cotisations

	Cotisation provinciale	Cotisation à l'ACHD	Total
ACHD/BCDHA	\$72	\$93	\$165
ACHD/MDHA	\$41	\$93	\$134
ACHD/AHDNB	\$20	\$93	\$113
ACHD/NLDHA	\$40	\$93	\$133
ACHD/PEIDHA	\$33	\$93	\$126
ON, NU, NT, QC, YT	s. o.	\$93	\$93
À l'étranger	s. o.	\$93	\$93

Sous-total (du tableau) : _____

- Ajouter 50 \$ pour joindre la Communauté des enseignants
 Ajouter 75 \$ pour joindre le Réseau de la pratique autonome (donne accès au NIU, à CDHA-ACHDnet^{MD}, au Réseau de la pratique autonome et au répertoire en ligne « Trouver une hygiéniste dentaire autonome »)

Montant total payé ci-joint : _____

- Paiement sous forme de chèque ou de mandat en monnaie canadienne. (Veuillez faire votre paiement à l'ordre de l'ACHD. Des frais de 25 \$ seront facturés pour les paiements retournés par la banque.)

Type de carte

- VISA MasterCard

Numéro de carte : _____

Date d'expiration (MM/AAAA) : _____

Nom sur la carte (veuillez écrire en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Les frais d'adhésion ne sont ni remboursables ni transférables et ne peuvent être calculés au prorata.

Votre reçu et votre carte de membre vous seront envoyés par courriel dans les trois jours ouvrables suivant le traitement de votre demande et de votre paiement. Les copies papier ne vous seront envoyées par la poste que sur demande.