

Merci de renvoyer ce formulaire complété par télécopieur, poste régulière ou courriel.
Télécopieur. 1-204-947-2519 Courriel. info@opticiens.ca

Association des opticiens du Canada, 2706-83 Garry St, Winnipeg, MB, R3C 4J9 Tél: 1-800-847-3155 poste 205

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR :

Prénom _____ Nom de famille _____

N° de permis ou d'étudiant _____ Province d'exercice ou école _____

DOMICILE : cochez cette case si vous désirez recevoir les courriers de l'AOOQ et AOC à votre domicile

Adresse _____ Code postal _____

Ville et province _____ N° de téléphone _____

Courriel* _____

** L'AOOQ et AOC essayent de réduire leur consommation de papier en faisant du courriel leur principal moyen de communication. Aidez-nous à devenir plus "vert" en indiquant une adresse courriel valide. Votre courriel vous permettra aussi d'accéder à votre profil en ligne et à la formation continue.*

ENTREPRISE : cochez cette case si vous désirez recevoir les courriers de l'AOOQ et AOC sur votre lieu de travail

Nom de l'entreprise _____

Adresse _____

Ville et province _____ Code postal _____

N° de téléphone _____ N° d'extension _____ N° de télécopieur _____

FRAIS D'ADHÉSION 2017 (Choisissez les éléments qui s'appliquent)

Adhésion 2017 à l'AOOQ et AOC* (déductible d'impôt) 125.00 \$ _____ \$

Assurance responsabilité professionnelle (2M) - INCLUSE

(du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017)

OFFRE SPÉCIALE **NOUVEAUX DIPLOMÉS** (déductible d'impôt) 75.00 \$ _____ \$

Adhésion 2017 à l'AOOQ et AOC pour les opticiens diplômés en 2016 et 2017

Assurance responsabilité professionnelle (2M) - INCLUSE

(du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017)

OFFRE SPÉCIALE **ÉTUDIANTS** (disponible pour les personnes, inscrites à un programme accrédité en sciences optiques, et n'ayant pas de permis d'exercice.) GRATUITE _____ \$

TPS 5 % _____ \$

Magazine CL Spectrum (magazine de langue anglaise, adhésion requise) 50.00 \$ _____ \$

TOTAL _____ \$

MODE DE PAIEMENT : Chèque Mandat bancaire ou postal VISA Mastercard (cochez la case correspondante)

Numéro de la carte de crédit _____ Date d'expiration _____ CVC (3) _____

Nom du détenteur _____

Signature du détenteur*** _____

J'autorise que l'Association des opticiens du Canada (AOC) prélève, sur ma carte de crédit, un montant de _____ \$

***Prenez note que la signature du détenteur est obligatoire.