



**New Brunswick  
Occupational Health  
Nurses Group**

**Regroupement des infirmières  
et infirmiers en santé au travail  
du Nouveau-Brunswick**

### DEMANDE D'ADHÉSION pour l'année 2018

Veillez prendre un instant et vous inscrire pour la prochaine année :

Vous pouvez enregistrer et payer par voie électronique où veuillez remplir et remettre ce formulaire accompagné de votre chèque ou de votre mandat postal à l'ordre de **Regroupement des infirmiers/ères en santé au travail du Nouveau-Brunswick** ou **RIISTNB** et l'envoyer à l'adresse suivante :

**Beth Folkins : NBOHNG/RIISTNB - Responsable des adhésions**

**340 Loch Lomond Road, Saint John, NB. E2L 4H6**

**Courriel : [beth\\_atherton@hotmail.com](mailto:beth_atherton@hotmail.com)**

**IMPORTANT** : Si la question ne s'applique pas à vous, veuillez indiquer S/O

Nom \_\_\_\_\_ N° de téléphone à domicile \_\_\_\_\_  
En lettres moulées S.V.P.

Adresse résidentiel et code postal \_\_\_\_\_

Lieu de travail \_\_\_\_\_ N° de téléphone au bureau \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise et code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ N° de fax \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

Nombre d'années infirmier/ère \_\_\_\_\_ Nombre d'années en santé au travail? \_\_\_\_\_

Êtes-vous un membre de l'AIINB? Oui/Non N° de l'enregistrement \_\_\_\_\_

*Svp joindre une copie de votre inscription 2018*

**Encercler votre plus haut niveau de préparation des IA (demandé par AIIC): Diplôme BN MN NP PH. D**

Est-ce que vous détenez un diplôme de soins infirmiers/ères en santé au travail? Oui/non

Est-ce que vous détenez une certification en santé au travail (CIIST(C)? Oui/non

N° du certificat en santé au travail (CST) \_\_\_\_\_

Pouvons-nous avoir la permission de fournir votre adresse courriel au l'Association des infirmiers/ères en santé au travail du Canada pour des communications importantes en 2018? Votre adresse courriel ne sera pas partagée avec d'autres organisations. **Oui/Non**

#### Statut de membre sollicité

|  |
|--|
| _____ Membre actif 40 \$                         |
| _____ Membre associé 30 \$                       |
| _____ Membre actif 40 \$ (après le juillet 2018) |

|   |
|---|
| _____ Membre retraité ou étudiant 20 \$ |
| Votre université _____                  |

**LES FRAIS D'ADHÉSION DOIVENT ÊTRE REÇUS AFIN DE COMPLÉTER L'INSCRIPTION**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer par courriel avec Beth Folkins au [beth\\_atherton@hotmail.com](mailto:beth_atherton@hotmail.com)

**RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE**

Date de réception \_\_\_\_\_ chèque n° \_\_\_\_\_ mandat postal \_\_\_\_\_ Argent comptant \_\_\_\_\_

E-transfert \_\_\_\_\_ paiement \_\_\_\_\_

No de reçu \_\_\_\_\_ Carte \_\_\_\_\_ Envoyé \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_