

Par la présente, je fais une demande d'adhésion (voir ci-dessous) à l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique. Cette demande sous-entend que l'adhésion se continue jusqu'à ce qu'une résignation soit offerte, ou jusqu'à ce que l'adhésion cesse en vertu des conditions contenues dans les arrêtés de l'Institut.

No. du certificat CIPHI _____ Année de délivrance _____ Depuis combien d'années êtes-vous membre de CIPHI? _____

Aucune Différence De L'Année Dernière Oui, Il Ya Des Changements, voir ci-dessous
(Complétez les sections seulement si il va des informations qui ont changé.)

* Nom: _____ * Date de naissance: _____
Nom de famille Prénoms Jour Mois Année

Adresse à domicile: _____
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone à domicile: _____ / _____ Courriel: _____
Ind. Rég.

Téléphone au travail: _____ / _____ Télécopieur: _____ / _____ Courriel: _____
Ind. Rég. Ind. Rég.

Employeur actuel: _____
Agence Rue

Adresse de l'employeur: _____ Code Postal: _____
Ville Province

Code de déontologie: Comme membre de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique, je reconnais:

« Que j'ai une obligation envers les sciences et les arts pour l'avancement de la santé publique. Je soutiendrai les normes de ma profession, chercherai continuellement la vérité et disséminerai les résultats de mes recherches. Je m'efforcerai de me maintenir complètement informé des développements dans le domaine de la santé publique.

Que j'ai une obligation envers le public dont j'ai la confiance et je m'efforcerai dans la mesure de mes moyens, de protéger leurs intérêts d'une manière juste et honnête. Je serai fidèle à la profession et à l'Institut dont je suis membre.

Que l'atteinte de normes élevées en santé est un des droits fondamentaux de l'homme sans distinction de race, de religion, de croyance politique et de conditions économiques et sociales.

Qu'étant dévoué à ma profession, je soutiendrai la constitution et les arrêtés de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique et me conduirai, en tout temps, d'une manière honorable face à ma profession.

Ma signature ci dessous m'engage à être personnellement responsable de m'acquitter activement de ces obligations. »

* Signature: _____ * Date: _____

* Indiquez, s.v.p., le genre d'adhésion que vous désirez:

Régulier (voir ci-dessous) Etudiant \$50.00 Retraité \$50.00 Fraternel \$120.00 International \$105.00 Associé \$130.00

* Veuillez encercler la section que vous désirez joindre: (Province dans laquelle vous résidez à moins que vous viviez dans les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, le Yukon ou l'extérieur Canada)

« En cochant cette case, le requérant/soussigné ne permet pas à l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique de fournir son nom et ses données personnelles aux membres corporatifs/affiliés de l'Institut. »

British Columbia	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Quebec	New Brunswick	Nova Scotia/PEI	Nfld/ Labrador
\$175.00	\$175.00	\$175.00	\$175.00	\$175.00	\$125.00	\$175.00	\$170.00	\$165.00

(avec Registration)

* Paiement fait par:

- Chèque
- Mandat
- Par votre employeur (chèque ci-inclus)
- Prélèvement sur le salaire
- Époux/Épouses (2 inspecteurs/domicile):

- Veuillez retourner le formulaire. Vous pouvez faire demande pour un rabais de 30 \$ pour l'un des membres. (À noter : seulement un abonnement du "E.H.R." sera disponible).

Carte du Credit: Visa MasterCard American Express
Numero sur la carte: _____ / _____ / _____ / _____
Date d'expiration: ____ / ____
Nom sur la carte: _____
Signature: _____

Faites le chèque à l'ordre de **CIPHI** et envoyez votre formulaire à:
CIPHI, #720 – 999 W. Broadway, Vancouver, BC V5Z 1K5 Canada
Télécopieur: 604-738-4080 ou Téléphone: 604-739-8180 (Gratuit: 1-888-245-8180)

