



## DEMANDE D'INSCRIPTION CPMDQ

Commission des Praticiens en Médecine Douce du Québec (L.R.Q. c., S-40)

101 boulevard Cardinal-Léger, Casier Postal 51071, Pincourt (QC) J7W 9T3

Pour être considérée, cette demande d'inscription doit être accompagnée de votre curriculum vitae, ou de vos notes additionnelles afin de préciser l'ensemble de votre expérience académique et professionnel. Veuillez, joindre une copie de vos diplômes et/ou de vos attestations obtenus à la présente demande. Il est à noter que suite à l'évaluation de ce dossier, la CPMDQ se réserve (90) jours de la réception de la présente pour refuser la candidature moyennant un frais administratif au coût de \$100.00.

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET D'AFFAIRE

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse (rés.) : \_\_\_\_\_

Adresse (bur.) : \_\_\_\_\_

Téléphone (rés.) : \_\_\_\_\_ Téléphone (bur.) : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Télec. : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Copie en annexe :  Diplôme(s)/Attestation(s)  Curriculum vitae/Notes additionnelles

### VOUS DÉSIREZ DEVENIR MEMBRE À TITRE DE :

Naturopathe (ND)  Naturopathe (n.d.)  Naturothérapeutes  Homéopathe  Massothérapeute  Kinésithérapeute  
 Orthothérapeute  Ostéopathe  Chiropraticien OCQ # \_\_\_\_\_  Kinésiologie  Thérapeute du Sport  Entraîneur Privé  
 DMTC/PMTC (Médecine Chinoise)  Acupuncteur /OAQ # \_\_\_\_\_  Autres (Voir CV)  Docteur en médecine sportive

### MODALITÉ DE PAIEMENT POUR LA COTISATION ANNUELLE À L'ORDRE DE LA CPMDQ (Coût annuel \$350.00 non-remboursable)

Chèque # \_\_\_\_\_  Espèces \_\_\_\_\_ Date du paiement (Jr/ms/année) : / /

VISA  MASTERCARD # \_\_\_\_\_ EXP. (ms/année) : /

Paiement par internet  VISA  MASTERCARD \_\_\_\_\_ Date du paiement (jr/ms/année) : / /

Signature pour le paiement : X \_\_\_\_\_

### ASSERMENTATION / AFFIRMATION SOLENNELLE

Je soussigné, affirme solennellement que ;

1. Je suis le/la requérant(e).
2. J'affirme la validité de tous documents, renseignements verbaux ou écrits fournis dans la présente demande sont exactes et véridiques.
3. En tout temps je consens et autorise la CPMDQ à procéder à une vérification complète des informations fournies dans la présente demande ainsi qu'à la vérification de mon dossier juridique.
4. Je m'engage à respecter fidèlement toutes les décisions et les règlements adoptés par le conseil de la CPMDQ et à respecter toutes les articles du code de déontologie des membres de la CPMDQ (ISBN2-980-3960-0-01). [http://www.cpmdq.com/code\\_de\\_deontologie.htm](http://www.cpmdq.com/code_de_deontologie.htm)
5. Je reconnais que le certificat d'appartenance portant le sceau de la CPMDQ qui m'est remis lors de mon inscription est l'unique propriété de la CPMDQ et je m'engage sous serment à remettre l'original de ce document dès mon annulation de mon statut de membre CPMDQ.
6. J'autorise par la présente à ce que la CPMDQ consigner dans un dossier tous les renseignements personnels et confidentiels à mon sujet pour une période indéterminée. J'autorise la CPMDQ à transmettre toutes informations à mon sujet lorsque la loi l'exige ou lorsque jugé par un représentant de la CPMDQ.

SIGNATURE DE L'ADHÉRANT : X \_\_\_\_\_

### DÉCLARÉ SOUS SERMEMNT DEVANT MOI,

À \_\_\_\_\_ (Ville, Municipalité) ce \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

SIGNATURE COMMISSAIRE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DU COMMISSAIRE : \_\_\_\_\_ Nom en lettre moulée : \_\_\_\_\_