



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



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



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



THE CANADIAN DENTAL
HYGIENISTS ASSOCIATION
L'ASSOCIATION CANADIENNE
DES HYGIÉNISTES DENTAIRES

ADHÉSION À L'ACHD À TITRE DE MEMBRE ACTIF

(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 en exercice

- ☐ J'atteste que je suis légalement admissible à exercer l'hygiène dentaire sous au moins une des juridictions du Canada. Je comprends sur la base de ce qui précède que je peux être membre actif de l'ACHD et bénéficier de l'assurance responsabilité professionnelle et de la clause du remboursement des frais de défense en cour criminelle.

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.

TABLEAU DES COTISATIONS

Adhésion à titre de membre actif avec assurance de base*

	Cotisation provinciale	Cotisation à l'ACHD	Total
ACHD/BCDHA	\$175	\$187	\$362
ACHD/MDHA	\$120.25	\$187	\$307.25
ACHD/AHDNB	\$95	\$187	\$282
ACHD/NLDHA	\$130	\$187	\$317
ACHD/PEIDHA	\$90	\$187	\$277
ON, NU, NT, QC, YT	s. o.	\$187	\$187
À l'étranger	s. o.	\$187	\$187

**Comprend une assurance responsabilité professionnelle assortie d'une couverture d'une valeur totale allant jusqu'à trois millions de dollars (un million de dollars par demande)*

PAIEMENT

Sous-total (du tableau) : _____

- ☐ Ajouter 15 \$ pour un complément d'assurance responsabilité professionnelle assortie d'une couverture d'une valeur totale allant jusqu'à quatre millions de dollars (deux millions de dollars par demande)

Je n'ai pas d'assurance responsabilité professionnelle pour 2015 et j'aimerais en acheter maintenant.

- ☐ Ajouter 50 \$ pour de l'assurance responsabilité professionnelle pour 2015 d'une valeur totale de trois millions de dollars (un million de dollars par demande)

OU

- ☐ Ajouter 65 \$ pour de l'assurance responsabilité professionnelle pour 2015 d'une valeur totale de quatre millions de dollars (deux millions de dollars par demande)

- ☐ 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 en ligne de la pratique autonome et au répertoire « 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.



THE CANADIAN DENTAL
HYGIENISTS ASSOCIATION
L'ASSOCIATION CANADIENNE
DES HYGIÉNISTES DENTAIRES

www.achd.ca/renouveler