



**New Brunswick
Occupational Health
Nurses Group**

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

DEMANDE D'ADHÉSION pour l'année 2016

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

Veillez 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

1818 Route 870, Springfield, N.B. E5T 2J2

Courriel : bethany.folkins@irvingoil.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 2016

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 à des enquêtes approuvées par l'Association des infirmiers/ères en santé au travail du Canada ? Votre réponse à l'enquête est volontaire. Oui/Non

Statut de membre sollicité

_____ Membre actif 40 \$
_____ Membre associé 30 \$
_____ Renouvellement tardif (après le 31 janvier 2016) 50 \$

_____ Membre retraité 20 \$
_____ Membre 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

bethany.folkins@irvingoil.com

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE

Date de réception _____ N° de chèque _____ Mandat postal _____ Argent comptant _____

No de reçu _____ Carte _____ Envoyé _____ Signature _____