

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION



INCLURE UN CHÈQUE PAYABLE À :
L'ASSOCIATION DES TECHNOLOGUES EN RADIATION MÉDICALE DU NB
 489, ave Acadie Ave, Suite 205/unité 205, Dieppe NB E1A 1H7



Nom: M/Mme/Mlle (Famille/Prénom)	Nom de famille	No ACTRM
Adresse		Ville et Code Postale
Téléphone: Demeure: _____ Courriel _____		
Téléphone au travail _____		
Date de naissance: année _____ mois _____ jour _____		
Technique Radiologique <input type="checkbox"/>	Radiothérapie <input type="checkbox"/>	Médecine Nucléaire <input type="checkbox"/>
		Résonance Magnétique <input type="checkbox"/>

DONNÉES D'EMPLOIE (cinq dernières années)

Veuillez inclure une Preuve de Compétence si statut de non-membre en vigueur depuis plus de (5) ans

Dates (de-à)	Établissement	Ville	Chef de Service

Faites-vous l'objet d'accusation de manquement à la discipline: Oui Non Si oui, écrire les détails au verso.

Y a-t-il des plaintes d'inconduite professionnelle portées contre vous? Oui Non Si oui, écrire les détails au verso

ATRMNB/ACTRM

Ci-inclus frais d'administration de \$ 25.00 (ATRMNB)+ cotisation ATRMNB et ACTRM : \$ _____ TOTAL : _____

Mode de paiement: Chèque ou mandate-poste.

Date _____ Signature _____

A L'USAGE DE L'ATRMNB

Dernière cotisation payée:	Resignation: <input type="checkbox"/>	Lapse: <input type="checkbox"/>
Date reçu de l'applicant:	Date du cheque:	Date envoyé à l'ACTRM:

Nous certifions que le membre répond _____ ne répond pas _____ aux critères de réintégration

Date: _____ Signature: _____

A L'USAGE DE L'ACTRM

Date reçu _____ -	Date Approuvée _____	Signature _____
-------------------	----------------------	-----------------