



Association des technologues en radiation médicale du Nouveau Brunswick  
New Brunswick Association of Medical Radiation Technologists

## DEMANDE DE RÉINTÉGRATION

INFORMATIONS PERSONELLES			
No ATRMNB:	LANGUE PRÉFÉRÉE:	SEXE: <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> X AUTRE:	
NOM:	NOM PRÉFÉRÉE:	PRONOMS:	
DATE DE NAISSANCE: (yyyy/mm/dd)	ADRESSE POSTALE:		
Téléphone: Maison: _____		Cell: _____	Travail: _____
Courriel: _____		Autre: _____	
DETAILS DE REINTEGRATION			
<input type="checkbox"/> Pratiquant a part entière		<input type="checkbox"/> Non-Pratiquant	
<input type="checkbox"/> Radiologie		<input type="checkbox"/> Résonance magnétique	
<input type="checkbox"/> Radiothérapie		<input type="checkbox"/> Médecine nucléaire	
<input type="checkbox"/> Retraité			
DONNEES D'EMPLOIE			
Institution		Endroit/Ville	Gestionnaire/Superviseur
CONDUIT PERSONNELLE/PROFESSIONNELLE			
Faites-vous l'objet d'accusation de manquement à la discipline? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Y a-t-il des plaintes d'inconduite professionnelle portées contre vous? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Avez-vous été condamné pour un acte criminel au cours de l'année précédente? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer:			
Signature : _____		Date : _____	
DETAILS DE PAIEMENT			
Frais administratifs de \$25.00 (ATRMNB) +\$ _____ cotisations ATRMNB & ACTRM (si applicable) = TOTAL: \$ _____			
<b>Méthodes de paiements:</b> <b>Virement électronique (e-transfert):</b> au Trésorier de l'ATRMNB <a href="mailto:treasurer@nbamrt.ca">treasurer@nbamrt.ca</a> ou; <b>Chèque :</b> adressé à l'ATRMNB: 205-489, avenue Acadie, Dieppe NB E1A 1H7			