

# Demande de réadhésion



Réseau des  
massothérapeutes  
professionnels  
du Québec

**SVP, veuillez remplir ce formulaire, le signer et le retourner au Réseau.**

- Par la poste au 2285, rue Saint-Pierre, Drummondville (Québec) J2C 5A7
- Par télécopieur au 1 819 472-2900
- Par courriel à info@rmpq.ca

**Modalités de paiement :**

Chèque / Mandat-poste / Carte de crédit Visa, MasterCard et American Express / Virement Interac

**Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez choisi le Réseau en tant qu'association professionnelle?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bouche-à-oreille                      | <input type="checkbox"/> Mission et valeurs               | <input type="checkbox"/> Offre de service       |
| <input type="checkbox"/> Prix de la cotisation                 | <input type="checkbox"/> Reconnaissance par les assureurs | <input type="checkbox"/> Service à la clientèle |
| <input type="checkbox"/> Aucune de ces réponses/Je ne sais pas |   |   |

## Coordonnées personnelles

**Genre :**

- Madame  Monsieur

**Date de**

**naissance :**  JJ /  MM /  AAAA

**Langue de correspondance :**

- Français  Anglais

**Prénom et nom :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Cellulaire :** \_\_\_\_\_

**Courriel (requis) :** \_\_\_\_\_

**Adresse :**

\_\_\_\_\_  
No., rue, appartement, casier postal et code postal

\_\_\_\_\_  
Ville et province

**Cochez votre région :**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Bas-Saint-Laurent | <input type="checkbox"/> 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean       | <input type="checkbox"/> 03 Capitale-Nationale   |
| <input type="checkbox"/> 04 Mauricie          | <input type="checkbox"/> 05 Estrie                        | <input type="checkbox"/> 06 Montréal             |
| <input type="checkbox"/> 07 Outaouais         | <input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue         | <input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord            |
| <input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec    | <input type="checkbox"/> 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | <input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches |
| <input type="checkbox"/> 13 Laval             | <input type="checkbox"/> 14 Lanaudière                    | <input type="checkbox"/> 15 Laurentides          |
| <input type="checkbox"/> 16 Montérégie        | <input type="checkbox"/> 17 Centre-du-Québec              | <input type="checkbox"/> 18 Hors Québec          |



## Formation professionnelle

Cochez les techniques pour lesquelles vous avez obtenu un diplôme et inscrivez le nom des maisons d'enseignement fréquentées :

Massothérapie (400 heures) Maison d'enseignement :

Massothérapie (1 000 heures) Maison d'enseignement :

Kinésithérapie Maison d'enseignement :

Orthothérapie Maison d'enseignement :

Naturothérapie Maison d'enseignement :

Autres formations, précisez :

**S.V.P., JOINDRE UNE PHOTOCOPIE POUR LA MISE À JOUR DE VOTRE DOSSIER SI VOUS AVEZ SUIVI DE NOUVELLES FORMATIONS DEPUIS VOTRE DERNIÈRE ANNÉE DE COTISATION.**

## Questionnaire

1. Depuis combien d'années pratiquez-vous la massothérapie de façon professionnelle?

Moins de 1       1 à 5       6 à 10       Plus de 10

2. Est-ce que vous pratiquez la massothérapie à temps plein depuis au moins deux ans?\*

Oui     Non

\*Selon Canada Vie, le travail à temps plein équivaut à 25 heures et plus par semaine comprenant toutes les activités reliées à votre pratique (administration, suivis client, lavage, etc).

3. À des fins de statistiques, êtes-vous ou avez-vous déjà été membre d'une autre association de massothérapeutes?

Oui     Non    Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

4. Avez-vous déjà été refusé comme membre professionnel d'une association/d'un ordre dans une province, un état ou un pays?

Oui     Non

5. Êtes-vous sous enquête ou impliqué dans une poursuite d'un état, avez-vous fait l'objet d'une décision d'un tribunal canadien ou avez-vous fait l'objet d'une décision d'un comité de discipline d'un ordre et/ou d'une association qui, de l'avis motivé du Réseau, a un lien avec l'exercice de la profession de massothérapeute, kinésithérapeute, orthotérapeute, naturothérapeute?

Oui     Non

Si oui, précisez : (obligatoire)

## Préférences

1. Je désire recevoir l'agenda. (offert gratuitement par le Réseau)     Oui     Non



## Tableau des cotisations

La cotisation est payable selon le mois d'adhésion et est **non remboursable**, sauf en cas de refus de votre demande.

Cotisation à partir du mois de :	Montant (aucune taxe n'est applicable)
Février (2 mois)	35,00 \$
Mars (1 mois)	17,50 \$
<b>Avril (12 mois)</b>	<b>210,00 \$</b>
Mai (11 mois)	192,50 \$
Juin (10 mois)	175,00 \$
Juillet (9 mois)	157,50 \$
Août (8 mois)	140,00 \$
Septembre (7 mois)	122,50 \$
Octobre (6 mois)	105,00 \$
Novembre (5 mois)	87,50 \$
Décembre (4 mois)	70,00 \$
Janvier (3 mois)	52,50 \$

## Conditions d'adhésion

### Engagement professionnel

### Reconnaissance de l'autorité du comité de discipline et du conseil d'administration

### Consentement limité à la divulgation de renseignements à des tiers

Je certifie avoir 18 ans et plus et être la personne qui demande l'adhésion au Réseau;

Je déclare que toutes les informations fournies sont véridiques et complètes, et comprends que toute falsification d'information sur cette demande entraînera l'annulation de mon adhésion et de mes privilèges en tant que membre du Réseau;

Je m'engage à maintenir mes coordonnées à jour en tout temps;

Je m'engage à respecter le Code de déontologie du Réseau ainsi que les règlements généraux et leurs modifications qui pourraient intervenir de temps à autre;

Je reconnais l'autorité du Comité de discipline et du Conseil d'administration à l'égard de ma conduite si je viole toute disposition du Code ou des règlements;

Je consens à ce qu'un avis soit communiqué aux visiteurs du site internet du Réseau, aux membres du Réseau, à tout assureur et à tout plaignant, relativement à toute sanction qui pourrait m'être imposée et aux motifs soutenant telle sanction;

Ces engagements, reconnaissances et consentements seront valides tant et aussi longtemps que je serai membre du Réseau et s'appliquent donc à tout renouvellement de mon adhésion.

Par la présente, je, \_\_\_\_\_, reconnais avoir pris connaissance des conditions précédentes et les accepter.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

# Demande de réadhésion



Réseau des  
massothérapeutes  
professionnels  
du Québec

## Avant de faire parvenir mon adhésion, j'inclus :

- Photocopie d'une preuve d'identité (exemple : permis de conduire, carte d'assurance maladie et/ou passeport)
- Si vous avez suivi d'autres formations depuis votre dernière année de cotisation, ajoutez les photocopies.
- Mon paiement pour la cotisation (voir tableau des cotisations à la page 3)

### SVP, effectuez votre paiement au nom de :

Réseau des massothérapeutes professionnels du Québec

### Modalités de paiement :

Chèque / Mandat-poste / Carte de crédit Visa, MasterCard et American Express / Virement Interac

### Coordonnées :

2285, rue Saint-Pierre, Drummondville (Québec) J2C 5A7

Téléphone : 1 800 461-1312 • Télécopieur : 819 472-2900

Courriel : info@rmpq.ca

www.rmpq.ca

Pour effectuer un **Virement Interac**, connectez-vous sur la plateforme transactionnelle de votre institution financière et inscrivez les informations ci-dessous :

**1. Adresse courriel :** comptabilite@rmpq.ca

**2. Montant :** Inscrivez le montant correspondant au mois de votre adhésion dans le tableau de la page 3.

**3. Question de sécurité au destinataire :** \*Attention\* Inscrivez le nom complet de la personne qui fait la demande d'adhésion.

**4. Réponse :** rmpq2285

## Formulaire d'autorisation de paiement par carte de crédit

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Montant de la transaction : \_\_\_\_\_ \$

Titulaire de la carte : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CV2 : \_\_\_\_\_

(Votre code de vérification de 3 chiffres à l'endos de votre carte Visa et MasterCard ou de 4 chiffres sur votre carte Amex.)

### Carte de crédit :

Visa  MasterCard  American Express

## Autorisation et signature

Je soussigné autorise le Réseau à effectuer le paiement de la facture relative à mon adhésion à titre de membre du Réseau des massothérapeutes professionnels du Québec dont le montant apparaît ci-dessus.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Je soussigné autorise le Réseau à conserver dans ses dossiers mon numéro de carte de crédit pour une période d'un an à compter d'aujourd'hui et à l'utiliser pour toutes mes transactions au cours de l'année. Pour utiliser un autre mode de paiement lors d'une commande, je devrai en aviser le Réseau. Je peux en tout temps retirer la présente autorisation en envoyant une demande écrite au Réseau.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

La présente constitue une autorisation valable à cet effet.