



# Membership Application / Demande d'adhésion

New Membership / Nouvelle adhésion :

Renewal / Renouvellement :

Name / Nom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Group / Organization / Groupe / Organisation : \_\_\_\_\_

Address / Adresse : \_\_\_\_\_

City / Ville : \_\_\_\_\_ Prov. : \_\_\_\_\_ Postal Code / Code postal : \_\_\_\_\_

Telephone / Téléphone : \_\_\_\_\_

Email / Courriel: \_\_\_\_\_

**CHPCA Interest Groups\*** – Please check the box(es) of which you wish to become a member  
**.Groupes d'Intérêt de l'ACSP\*** – S.V.P. cocher la ou les boîte(s) où vous désirez devenir membre.

<input type="checkbox"/>	Aboriginal Issues / Autochtones	<input type="checkbox"/>	Long Term Care / Continuing Care / Soins de longue durée / soins prolongés
<input type="checkbox"/>	Pediatric Issues / Questions pédiatriques	<input type="checkbox"/>	Rural and Remote Issues / Questions en milieu rural et éloigné
<input type="checkbox"/>	Social Worker / Counsellor	<input type="checkbox"/>	Spiritual Advisors / Conseiller spirituel
<input type="checkbox"/>	Other / Autre : _____	<input type="checkbox"/>	

\* *Nursing*: Nurses are eligible to become members of the CHPCA Nurses Group for an additional fee of \$40.00. Please contact CHPCA directly at [lmignault@chpca.net](mailto:lmignault@chpca.net) to apply for this membership.

\* *Science infirmière*: Les infirmiers(ères) peuvent devenir membres du Groupe d'Intérêt des infirmiers(ères) de l'ACSP pour un coût additionnel de \$40.00. Veuillez contacter directement [lmignault@chpca.net](mailto:lmignault@chpca.net) à l'ACSP pour vous inscrire.

## Membership Fees / Frais d'adhésion :

- Individual / Individuel \$35 \*\* \_\_\_\_\_
- Group / Groupe \$70 \*\* \_\_\_\_\_
- Total : \_\_\_\_\_

\*\* Includes membership in the CHPCA / Inclut l'adhésion à l'ACSP.

Note: Annual membership expiry date is one year from date of initial application.

Note : La date d'expiration de l'adhésion annuelle est un an à partir de la date de demande d'adhésion.

Please make cheque or money order payable to "NBHPCA – ASPNB" and return to:

Retournez la demande d'adhésion, avec un chèque ou mandat-poste à l'ordre de « NBHPCA - ASPNB », à :

Bea Sainz  
Treasurer / Trésorier  
NB Hospice Palliative Care Association / Association des soins palliatifs du N.-B.  
621 Churchill Row  
Fredericton NB E3B 1P5  
CANADA

<http://www.nbhPCA-asPNB.ca>

Information will be used solely to provide membership benefits and will not be shared with any third party.  
L'information sera uniquement utilisée afin d'offrir les bénéfices d'adhésion et ne sera pas partagée avec une tierce partie.

Effective Date / Date effective : \_\_\_\_\_ Expiry Date / date d'expiration : \_\_\_\_\_

(Office Use Only / Usage de personnel seulement)