**FORMULAIRE ADHÉSION À IISF**

**Oui, je veux devenir membre de l’organisme Infirmières et Infirmiers Sans Frontières (IISF)**

**J’accepte sa Charte (philosophie, mission, service et engagements)**

### Nouveau membre ? ou Renouvellement ?

**IDENTIFICATION**

### Infirmier membre de l’OIIQ ? OUI ou NON

### Si oui, # du droit d’exercice :

### Infirmier auxiliaire membre de l’OIIAQ ? OUI ou NON

### Si, oui, # du droit d’exercice :

### Autre profession ou occupation ?

### S’il y a lieu, # du droit d’exercice :

### Prénom       NOM

### Adresse :

### Ville :       Province :

### Code postal :       # de téléphone portable :

### Courriel (obligatoire):

**Signature :** **Date :**

**PAIEMENT**

Pour adhérer à IISF :

1. Veuillez remplir le formulaire ci-dessus ET l’envoyer par courriel à [tresorier@iisf.ca](mailto:tresorier@iisf.ca)

**ET**

1. Procéder à votre paiement d’adhésion

**Deux méthodes de paiement possible :**

**Méthode 1 :**

1. **Par virement Interac :**

* Courriel : [tresorier@iisf.ca](mailto:tresorier@iisf.ca)
* Veuillez communiquer par courriel avec la trésorière de IISF,

Mme Nathalie CHARBONNEAU [tresorier@iisf.ca](mailto:tresorier@iisf.ca) et :

* + Dans section «objet» du courriel inscrire :

ADHÉSION + VOTRE NOM

* + Du montant transféré SOIT 30$
  + Et du **mot de passe** que vous avec choisis pour le transfert

**OU**

1. **par carte de crédit via le site Canadon**

Cliquer ici : <https://www.canadahelps.org/fr/organismesdebienfaisance/nurses-without-borders-nwb/>

Montant du don ? (dans le menu déroulant) = Inscrire 30$ !

Assignez votre don à un des fonds créés par cet organisme ? =

Choisir dans le menu déroulant, « *Adhésion pour un an* » !