



## Association des assistant(e)s dentaires du Nouveau-Brunswick

C.P. 2095 Richibucto, (NB) E4W 5P2

Téléphone: (506) 876-4662 Télécopieur: (506) 532-3635 Sans frais 1-866-530-9189

Site Internet: www.nbdaa.ca

Courriel: bernioff@nb.sympatico.ca

### DEMANDE D'ADHÉSION

|                                     |  |                            |          |                     |             |
|-------------------------------------|--|----------------------------|----------|---------------------|-------------|
| Prénom:                             |  | Second Prénom:             |          | Nom de famille:     |             |
| Adresse:                            |  |                            |          |                     |             |
| Ville                               |  |                            | Province |                     | Code Postal |
| Date de naissance (jour/mois/année) |  | Téléphone (Maison ou cell) |          | Téléphone (travail) |             |
|                                     |  |                            |          | Télécopieur:        |             |
| Sex: (f) or (m)                     |  | Nom de jeune fille/garçon: |          | Courriel:           |             |

Avez-vous déjà été membre de l'association dans le passé?  Oui  Non - *Veuillez nous faire parvenir une copie de vos qualifications.*

#### QUALIFICATIONS

|   |                                    |                         |
|---|------------------------------------|-------------------------|
| Diplômé du programme d'assistant(e) dentaire, nom de l'institution: |                                    |                         |
| Année de graduation   | Certificat de BNED: (oui) ou (non) | Si oui, numéro de folio |
| Cours Intra oral: quelle année                                      | Institution du cours d'intra oral  |                         |

**Choisir votre Local** (encercler un): Fredericton Moncton Saint Jean Côte Nord Vallée de la rivière Saint Jean Î.-P.-É

**FRAIS ÉTUDIANT:** 45\$ Provincial  **FRAIS INACTIF:** 45\$ Provincial **Totale: 45,00\$**  
 **FRAIS RÉGULIER:** 35\$ National; 80\$ Provincial; 5,00\$ Local; 15\$ Assurance **Totale: 135,00\$**  
**Date de renouvellement: 1er octobre**

Veuillez faire le cheque payable à : **A.A.D.N.B.** et poster à l'adresse indiquer ci-haut.

**NOTE:** Un frais de 10 \$ sera appliqué pour tout frais sans provision. (Chèques reçus)

Assistant(e)s dentaires licencié doivent inclure preuve de 12 points d'éducation.

#### Paiement avec carte de crédit



Carte # \_\_\_\_\_

Date exp. \_\_\_\_\_ Code sécurité \_\_\_\_\_

Signature autorisée: \_\_\_\_\_

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

*Je demande un **status inactif**: 45,00 \$. Je n'ai pas l'intention de travailler dans le domaine dentaire en 2020 mais je tiens à me tenir informé par les revues et des bulletins. Si je dois retourner au travail, je comprends que je dois payer la somme supplémentaire de 90,00 \$ pour la cotisation régulière et présenter une preuve de 12 points de formation continue plus les frais de retard de 10\$ pour chaque mois en retard.*

Je préfère mes documents en:

Anglais  Français