

CONSEIL CANADIEN D'ORTHOPTIQUE

COTISATION ANNUELLE DE RECERTIFICATION pour 2018 **\$100.00**

Veillez remplir le formulaire ci-dessous et retourner la page entière.

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province: _____ Code Postal : _____

Téléphone (T) _____ Téléc. _____

Téléphone (R) _____ Courriel _____

Correspondance : Français _____ English _____

Seriez vous d'accord que votre nom et adresses soient partagés avec La Société Canadienne d'Orthoptique (LSCO) ? Oui Non.

.....
J'accepte le document décrivant le champ de pratique des orthoptistes canadiens, le Code de déontologie des orthoptistes canadiens et les exigences en matière de certification et de renouvellement de la certification définies par le Conseil canadien d'orthoptique, le tout composant les Lignes directrices sur l'exercice professionnel*. Je conviens que le certificat qui m'est remis demeure la propriété du Conseil canadien d'orthoptique et que je peux le conserver tant que je suis en règle avec le Conseil, c.-à-d. tant que je me conforme aux dispositions contenues dans les présentes et aux politiques adoptées de temps à autre par le Conseil. Je conviens que le certificat peut être révoqué si, selon le Conseil, je ne suis plus en règle.

Signature _____ Date _____

Nom _____

**Si vous avez besoin d'un exemplaire de ces documents, veuillez communiquer avec le CCO à l'adresse ci-dessous, ou par courriel à l'adresse info@orthopticscanada.org.*

Je pratique activement l'orthoptique, telle que décrite dans le champ de pratique des orthoptistes canadiens.

Oui (Signature d'un témoin requise) Non (Signature d'un témoin non requise)

Témoin* * _____ Date _____

Nom _____

***Le témoin doit être votre employeur (ou son représentant). En apposant sa signature, l'employeur atteste le fait qu'il connaisse le demandeur, confirme que la signature est bien celle du demandeur et atteste que l'orthoptiste travaille activement, dans le respect des normes déontologiques et professionnelles, conformément au champ de pratique des orthoptistes canadiens.*

Prière de retourner le présent formulaire, accompagné de votre paiement 100\$, avant le 15 novembre 2017 (après le 15 novembre : 150 \$; après le 31 décembre : 200 \$).

Conseil Canadien d'Orthoptique

a/s de Ann Haver
115 Sask. Cres. W.
Saskatoon, Saskatchewan S7M 0A2

Si le paiement ne parvient pas au CCO avant le 31 Déc. 2017 votre nom ne sera pas publié sur la liste publique des Orthoptistes Canadiens Certifiés. (Si vous désirez payer avec une carte de crédit, veuillez communiquer avec ann.haver@orthopticscanada.org)