



L'Association de massothérapie du Nouveau – Brunswick Formulaire de Consentement de renseignements personnels

Veillez compléter ce formulaire. Cette information sera considérée comme vos coordonnées officielles et sera utilisée par l'AMNB pour communiquer avec vous et pour vous faire part de tous les services qui font partie de votre adhésion.

Nom :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Ville :Province.....Code Postal

Téléphone au travail.....Téléphone résidentiel:.....

Télécopieur :Courriel :

Adresse Site Web.....

Langue de communication préférée :.....Langue Seconde

Nous sommes tenus de vous informer de l'intention d'utilisation des renseignements que vous nous avez donnés et vous donner l'occasion d'en restreindre l'usage. Veuillez cocher toutes utilisations ci-dessous mentionnées pour lesquelles vous nous interdisez d'utiliser vos coordonnées.

- À titre de membre de l'Association des massothérapeutes du Nouveau-Brunswick (AMNB), vous nous permettez d'inclure l'information ci-dessus dans un Répertoire interne de l'AMNB. Si vous ne voulez pas que votre information apparaisse dans le répertoire, veuillez cocher ici.
- À titre de membre de l'AMNB vous consentez à recevoir périodiquement de l'AMNB des documents pertinents à votre adhésion. Si vous ne désirez pas recevoir ces documents périodiques, veuillez cocher ici.
- Nous faisons part de l'information ci-dessus aux compagnies d'assurance et aux fournisseurs de prestation afin d'obtenir votre numéro de fournisseur de services. Si vous ne voulez pas que l'on transmette votre information, veuillez cocher ici.
- Nous faisons part d'une partie de l'information ci-dessus à l'Alliance de massothérapie du Canada (AMTC) afin que vous puissiez recevoir votre certificat. Si vous ne voulez pas que l'on transmette cette information à l'AMTC, veuillez cocher ici.
- Nous faisons part d'une partie de l'information ci-dessus à l'AMTC afin qu'elle vous fournisse de l'information de compagnies et organismes choisis avec soin qui peuvent vous transmettre de l'information spécifique sur la pratique de la massothérapie. Si vous ne voulez pas que l'on transmette votre information, veuillez cocher ici.
- Nous allons inclure l'information ci-dessus dans la section "Comment trouver un-e thérapeute" du Site web de l'AMNB afin de faire la promotion de votre service comme massothérapeute. Si vous ne voulez pas que l'on mette cette information sur le Site web, veuillez cocher ici.
- Nous faisons part de cette information aux assureurs des membres de l'AMNB afin d'obtenir une couverture responsabilité pour vous. Si vous ne voulez pas qu'on leur transmette cette information, veuillez cocher ici.
- Nous ferons part de votre adresse postale ci-dessus à des compagnies de choix qui offrent des services ou des produits que nous jugeons bons pour votre service. Si vous ne voulez pas que nous fournissions cette information, veuillez cocher ici.

Il est entendu que l'information ci-dessus sera seulement utilisée à des fins internes par l'AMNB à l'exception de l'usage mentionné ci-haut, et dans les cas où j'ai opté pour la non-participation, mon information sera exclue.

Signé: _____

Date: _____