

MEMBERSHIP APPLICATION / DEMANDE D'ADHÉSION
Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses
L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes



(Note : Le féminin inclut le masculin et vice-versa)

MEMBER INFORMATION (please print clearly) / RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (veuillez écrire lisiblement)

First name/Prénom : _____ Last name/Nom de famille : _____ English/Anglais
Mailing address/Adresse postale : _____ French/Français
City/Ville _____ Province/State/Province/État : _____ Postal code/Zip/Code postal : _____
Country/Pays : _____ Work#/Travail tél. : _____ Home#/Maison tél. : _____
Cell/Cellulaire : _____ E-mail/Courriel : _____
Institution : _____ What is your licensing registration ID? _____

NOTE:

- All communication with members is done via an email address. Your email address will not be shared with anyone unless you've indicated you wish to be part of the membership directory / Toutes les communications avec les membres se font par courriel. Votre adresse de courriel reste confidentielle, sauf si vous demandez que votre nom figure dans le répertoire des membres.

EDUCATION / ÉDUCATION

Highest level of education / Niveau d'éducation le plus élevé :
 College / Collégial Bachelor / Baccalauréat Master's / Maîtrise
 PhD / Doctorat Other / Autre: _____
Certification(s) / Certification(s) : (ex. Perinatal) _____ Prof. titles / Titres prof. : (ex. RN, BScN, MScN) _____

WORK INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR EMPLOI

Profession

- Registered nurse / Infirmière autorisée Registered practical nurse / Licensed Practical Nurse/Registered Nursing Assistant / Infirmière auxiliaire autorisée Nurse practitioner / Infirmière praticienne
 Student / Étudiant-e :
 Nursing / Soins inf.
 Other / Autre _____ Registered midwife / Sage-femme autorisée Doula
 Physician / Médecin Other / Autre _____

Primary place of work / Milieu de travail principal

- Acute-care hospital / Hôpital de soins actifs Public health / Community / Santé publique / Soins communautaires Family practice / Medical office / Pratique familiale / Cabinet de médecin
 Ambulatory clinic / Soins ambulatoires Academic institution / Collège/Université Government agency / Organisme gouvernemental
 Other / Autre : _____

Job title / Titre du poste

- Staff nurse / Infirmière de chevet Clinical nurse educator / Infirmière clinicienne enseignante Clinical nurse specialist / Advanced practice nurse / Inf. clinicienne spécialisée/Inf. en pratique avancée
 Public health nurse / Infirmière santé publique Nurse practitioner / Infirmière praticienne Childbirth educator / Animatrice cours prénataux
 Lecturer / Professor / Chargé-e de cours / Professeur-e Clinical instructor / Enseignant-e clinique Manager/Director / Gestionnaire/directrice-teur
 Midwife / Sage-femme Other / Autre : _____

OTHER / AUTRE

- I agree to have my contact information shared with other members of CAPWHN in the *Membership Directory*.
J'accepte qu'on partage mes coordonnées avec les autres membres de CAPWHN dans le Répertoire des membres.
- Do you give express consent to be contacted by email regarding CAPWHN product, service and promotion information? Note that if express consent is not selected, implied consent is in place as a result of your CAPWHN membership.
- I can be contacted as a potential speaker / Vous pouvez m'inviter à donner des conférences.
Areas of interest/expertise / Domaines d'intérêt/d'expertise : _____

To limit the amount of information we send to members, we would like to know your areas of interest. Please select as many as you wish.
Pour limiter l'information que nous transmettons aux membres, nous aimerions connaître vos domaines d'intérêt. Veuillez sélectionner tous ceux qui vous intéressent.

- Pregnancy / Grossesse Labour and birth / Travail et accouchement Postpartum care / Soins postpartum
 Newborn/Neonatal care / Soins néonataux Women's health / Santé des femmes Other / Autre _____

Are you interested in CAPWHN leadership opportunities? (ex. executive, committees)
Aimeriez-vous jouer un rôle de leadership au sein de CAPWHN ? (par ex., comité directeur, autres comités)
 Yes / Oui No / Non

How did you hear about CAPWHN? / Comment avez-vous entendu parler de CAPWHN?
 Colleague / Collègue / Other member / Autre membre Advertising / Publicité Website / Site Web
 Other / Autre : _____

CAPWHN member who recruited you / Membre de CAPWHN qui vous a recruté : _____

Are you a member? / Êtes-vous membre? AWHONN SOGC CPS-SCP CNA-AIIC

MEMBERSHIP FEES / DROITS D'ADHÉSION

- Full member (RN, RPN/LPN/RNA) / Membre de plein droit (IA, IAA)..... \$139
 Associate member (midwife, health care professional, industry partner, etc.) /
Membre associé (sage-femme, professionnel de la santé, partenaire de l'industrie, etc.)..... \$139
 Student (full time only.) (proof of status required) Étudiant-e (à temps plein seulement) (preuve de statut exigée)..... \$60
 Retired / À la retraite..... \$60

NOTE:

- Membership is valid for a 12 month period. / L'adhésion est valide pour un an à partir de votre date d'inscription.
- Taxes apply to the membership fees. / Les taxes s'appliquent aux droits d'adhésion.
- All payments must be made in Canadian dollars and drawn from a Canadian bank. / Les paiements doivent être en dollars canadiens et tirés d'une banque canadienne.
- Membership fees are non refundable. An administrative charge of \$40 applies to credit cards that are refused or if a cheque is returned for insufficient funds. / Les droits d'adhésion ne sont pas remboursables. Des frais administratifs de 40 \$ sont imputés pour les transactions refusées par carte de crédit ou si un chèque est retourné pour fonds insuffisants.

PAYMENT METHOD / MÉTHODE DE PAIEMENT

Subtotal for membership / Total partiel pour l'adhésion

Residents of / Résidents de : AB, BC, MB, NT, NU, SK, YT	add/ajouter 5 % GST/TPS	\$ _____
Residents of / Résidents de : ON	add/ajouter 13 % HST/TVH	\$ _____
Residents of / Résidents de : QC	add/ajouter 5 % GST/TPS and/et 9.975% QST/TVQ	\$ _____
Residents of / Résidents de : NS, NB, NL, PE	add/ajouter 15 % HST/TVH	\$ _____
Members outside of Canada / Membres à l'extérieur du Canada	No tax / Aucune taxe	\$ _____

GST/HST / TPS/TVH# 837753003

QST / TVQ# 1222518438

TOTAL MEMBERSHIP ENCLOSED / TOTAL DE L'ADHÉSION CI-JOINT \$ _____

Cheque/Money order / Chèque/Mandat postal (payable to CAPWHN / libellé à CAPWHN)

VISA MasterCard

Credit Card # / N° de carte de crédit : _____ Expiry date / Date d'expiration : _____

Cardholder's name / Titulaire de la carte : _____ Signature : _____

Please send your completed form with payment to:
Veuillez envoyer votre formulaire rempli avec votre paiement à :



By mail / Par la poste :

CAPWHN

2781 Lancaster Road, Suite 200 /
2781, rue Lancaster, Suite 200
Ottawa, ON K1B 1A7

www.capwhn.ca

By email / Par courriel :
By fax / Par télécopieur :
Phone/Tél. :

admin@capwhn.ca
613-730-4314
1-800-561-2416 ext 266

Canadian Association of Perinatal and Women's
Health Nurses

L'Association canadienne des infirmières et
infirmiers en périnatalité et en santé des
femmes