

DEBRA Canada

Formulaire de demande d'adhésion

QUI PEUT FAIRE DEMANDE?

- Les candidats à l'adhésion sont des personnes intéressées à promouvoir la mission et le but de l'organisme.
- Les candidats qui ont une adhésion sont des patients EB, leurs parents, la communauté médicale, directeurs de DEBRA, et ceux qui sont étroitement associés aux membres des patients qui ont été approuvés par le conseil d'administration de DEBRA Canada.
- **Les candidats doivent résider au Canada afin de se qualifier pour l'adhésion.**

AVANTAGES DE DEVENIR MEMBRE DE DEBRA CANADA

1. Les membres auront le droit de recevoir un avis, d'assister et de voter à toutes les assemblées des membres de l'organisme.
2. Les membres recevront des mises à jour régulières sur les programmes et services pour les familles membres.
3. Les membres reçoivent toutes les mises à jour générales d'information de DEBRA Canada (par courrier, bulletins électroniques et annonces sur le site Web).
4. Les membres qui ont fait demande et été accepté dans l'adhésion de l'organisme par résolution du conseil d'administration ou de toute autre manière qui peut être déterminée par le conseil d'administration.

COMMENT FAIRE DEMANDE?

Remplir le formulaire de demande ci-dessous et le soumettre par courriel, par télécopieur ou par la poste.

ATTENTION: Adjointe administrative DEBRA Canada

ADRESSE ÉLECTRONIQUE: debra@debracanada.org

Objet: FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION

Sinon par la poste ou par télécopieur:

Par télécopieur: 905- 469-1850 (ATTENTION: DEBRA Canada, DEMANDE D'ADHÉSION)

Par la poste: (veuillez noter que cette option peut entraîner un retard important dans la réponse de notre comité)

ATTENTION: Demande d'adhésion DEBRA Canada
1500 rue Upper Middle, Unité #3
CP 76035
Oakville, ON, L6M 3H5

Veuillez communiquer avec Erin Hoyos, secrétaire, à ehoyos@debracanada.org si vous avez des questions.

Formulaire de demande d'adhésion

SECTION 1.

Je suis: **Un patient adulte atteint de l'EB (19 ans ou plus)** (remplir les sections 1-5 et 7)

Un parent ou un membre de la famille qui présente une demande au nom d'un patient, EB (remplir les sections 1-4, 6-7)

Un médecin / je travaille dans le domaine de la santé (remplir les sections 1-4 et 8)

Étroitement associée à une famille du patient atteint de l'EB membre (remplir les sections 1-4 et 9)

SECTION 2.

Je souhaite devenir bénévole avec DEBRA Canada:

OUI NON

SECTION 3.

Je souhaite / consens à recevoir les bulletins d'informations ainsi que les bulletins électroniques de DEBRA Canada. (Possibilité de se désabonner à la réception de message électronique)

OUI Adresse électronique _____

NON

SECTION 4.

Dites-nous comment vous avez appris de DEBRA Canada

site Web Personnel médical (ex. Docteur, infirmier, travailleur social)

Média Je connais quelqu'un avec l'EB

Ami J'ai assisté à un événement

Autre: (Veuillez préciser ci-dessous)

SECTION 5: Détails du demandeur

Nom du demandeur: _____	
Adresse du demandeur: _____	
Ville _____	Province _____ Code postal _____
Date de naissance: _____ (JJ/MM/AAAA)	Numéro du portable: _____
Adresse électronique: _____	Numéro de téléphone de jour: _____

SECTION 6: Détails du représentant du demandeur

Demande déposée par:	
Prénom: _____ Nom de famille: _____	
Relation avec le demandeur:	
<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre: (veuillez spécifier) _____	
Adresse du représentant	
Rue: _____	
Ville _____	Province _____ Code postal _____
Date de naissance du demandeur: _____ (JJ/MM/AAAA)	Numéro du portable du représentant: (facultatif): _____
Adresse électronique du représentant: _____	Numéro de téléphone de jour du représentant: _____

SECTION 7: Information médicale

Type d'EB: _____
Sous-type (si connu)
<input type="checkbox"/> Lettre du médecin avec la confirmation du diagnostic en pièce jointe
Sous la garde de (précisez le nom du médecin ou dermatologue): _____

Numéro de tél du médecin: _____(Pour vérification seulement)

SECTION 8: Je suis un médecin / je travaille dans le domaine de la santé

Demande fait par:

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Je suis un :

- médecin Infirmière
 Travailleur social Autre: (Veuillez spécifier le titre du poste)

Adresse de l'établissement:

Rue: _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance:

(JJ/MM/AAAA)

Numéro du portable (facultative):

Adresse électronique:

Numéro de téléphone de jour:

SECTION 9: Je suis étroitement associée à une famille du patient atteint de l'EB membre

Demande fait par:

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Adresse:

Rue: _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance:

(JJ/MM/AAAA)

Numéro du portable (facultative):

Adresse électronique:

Numéro de téléphone de jour :

Veillez indiquer comment vous avez appris sur notre organisme et pourquoi vous souhaitez devenir membre
(n'hésitez pas à joindre une page supplémentaire si nécessaire)

LISTE DE CONTRÔLE:

Avez-vous rempli et inclus les éléments suivants:

Formulaire de demande dûment rempli (tous les domaines pertinents remplis).

Lettre d'un médecin avec la confirmation du diagnostic EB.

Retournez le formulaire par courriel, télécopieur ou par la poste :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE: debra@debracanada.org

Objet: FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION

Par télécopieur: 905- 469-1850 (ATTN: DEBRA Canada, DEMANDE D'ADHÉSION)

Adresse: DEBRA Canada (DEMANDE D'ADHÉSION)
1500 rue Upper Middle, Unité #3, CP 76035
Oakville, ON
L6M 3H5

***Par la poste: veuillez noter que cette option peut entraîner un retard important dans la réponse de notre comité.**

Merci pour votre demande d'adhésion !

Cette page est pour 'usage du bureau'

La demande d'adhésion doit être examinée par le Conseil d'administration de DEBRA Canada et toutes les approbations sont revues accordées ou refusées lors des réunions mensuelles du conseil.

Date de réception:	Nom:
FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION	
Commentaires:	
Reviser par: Officier de DEBRA Canada	Nom de personne en tête :
Commentaires:	

DEMANDE D'ADHÉSION		
APPROVÉE:	Signé:	Date:
Commentaires:		
Demande déclinée:	Signé:	Date:
justification:		

Demandeur informé des résultats	
Signé:	Date:
Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/>	