

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)	Bureau Nom
	Maiden name	Courriel:	

Avez-vous déjà été membre de la AADNB dans le passé? ☐ Oui ☐ Non (Si non, nous avons besoin d'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	

OCCUPATION:

- ☐ Level II
☐ Receptionist
☐ Educator
☐ Student
☐ Level I

Which Local (please circle one): Fredericton Moncton Saint John North Shore Upper St. John River Valley

☐ FRAIS étudiant	☐ FRAIS INACTIF: \$45 Provincial	Total: \$45.00
☐ LEVEL 1 FEE: \$80 AADNB; \$5.00 Local (Ne se qualifie pas pour l'assurance)		Total: \$85.00
☐ FRAIS RÉGULIER: \$80 AADNB; \$5.00 Local (L'assurance est séparée)		Total: \$85.00

Date de renouvellement: 1er octobre

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

E-Transfer is available at nbdad@bellaliant.net

Pas de remboursements

* **L'assurance** de responsabilité professionnelle sera disponible à l'achat décembre dans notre section « Reservée aux membres » sure notre site web.

Le coût de l'assurance est de 20\$, et elle couvrira de janvier à décembre. rira.

Veuillez-vous assurer d'acheter votre assurance en décembre pour maintenir une couverture continue.

Signature: _____

Date: _____

