

# NUPATH

**National United Professional Association of Trained Homeopaths  
(Association Nationale Unie d'Homéopathes Qualifiés)**

**2680 Matheson Blvd., Suite #102,**

**Mississauga, ON, L4W 0A5**

info@nupath.org, [www.nupath.org](http://www.nupath.org)

## Demande d'adhésion

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Téléphone (trav.) \_\_\_\_\_ (rés.) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Site web \_\_\_\_\_

### Pour membres actifs et membres étudiants

*Nom et adresse de l'école de formation en homéopathie, avec diplômes/certificats, etc. et date de graduation si applicable. Joindre les copies des diplômes, certificats, bulletins de notes, etc.*

Institution	Adresse	Nbre d'heures d'enseignement	Nbre d'heures cliniques	Diplôme/Cert.

### Pour membres actifs et membres étudiants

Veillez nous fournir deux références professionnelles:

Nom \_\_\_\_\_ Qualifications professionnelles \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Qualifications professionnelles \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**Pour membres actifs**

- 1. Pratiquez-vous présentement l'homéopathie? ( ) À temps plein ( ) À temps partiel  
Nbre d'heures par semaine \_\_\_\_\_
- 2. Pratiquez-vous présentement une autre discipline en santé? ( ) Non ( ) Oui  
Détails \_\_\_\_\_
- 3. Faites-vous partie d'un autre regroupement professionnel? ( ) Non ( ) Oui  
Détails \_\_\_\_\_
- 4. Pourcentage de votre pratique dédié à l'homéopathie:  
( ) 25 % ( ) 50 % ( ) 75 % ( ) 100 %

**Pour membres étudiants**

Veuillez joindre une attestation provenant de l'institution que vous fréquentez indiquant que vous fréquentez présentement l'institution.

Si ma demande est acceptée, je suis d'accord d'être lié(e) aux règlements et au code d'éthique de NUPATH. J'atteste que toute l'information fournie est véridique.	
Nom _____ <small>(en lettres moulées)</small>	Signature _____
	Date _____

**Paiement**

- MASTERCARD     VISA     Chèque ou mandat-poste

N° de carte \_\_\_\_\_ Date d'exp. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Office Use Only:**

Application Received: \_\_\_\_\_  
 Fee Received Amount: \_\_\_\_\_ Chq Bank / Chq # \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Application: [ ] Accepted [ ] Declined [ ] More Information Requested Date: \_\_\_\_\_  
 Date of Receipt of More Information: \_\_\_\_\_  
 Result of Review of Application: [ ] Accepted [ ] Declined Date: \_\_\_\_\_  
 Certificate Sent: \_\_\_\_\_ Certificate # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_