



AMNQ | QANM

Association de Médecine Naturopathique du Québec
Quebec Association of Naturopathic Medicine

1173 boul. du Mont-Royal O
Outremont, QC H2V 2H6
(514) 279-6629
info@qanm.org

Cotisation annuelle 2025-2026 / Annual Membership Fee 2025-2026

- | | |
|---|----------|
| ☐ Praticien(ne) / Practitioner (temps plein / full-time) | \$675.00 |
| ☐ Praticien(ne) / Practitioner (1 ^{ère} année / 1 st year) | \$525.00 |
| ☐ Praticien(ne) / Practitioner (hors province / out of province) | \$350.00 |
| ☐ Étudiant(e) / Student | \$350.00 |
| ☐ Retraité(e) / Retired (non-practicing) | \$350.00 |
| ☐ Don / Donation | \$ _____ |

Modes de paiement / Methods of payment:

Transfert électronique / E-transfer: **info@qanm.org**.

*** Indiquez votre nom dans la section 'notes'**

*** Indicate your name in the 'note' section of your e-transfer**

**** Si le transfert électronique n'est pas possible, veuillez contacter le comité exécutif à /**

**** If e-transfer is not possible, please contact the executive at: **info@qanm.org****

Envoyez le formulaire d'adhésion complété à / Send completed membership form to **info@qanm.org**

Nom / Last Name: _____

Prénom / First name: _____

Adresse personnelle / Personal address:

Adresse de la clinique / Clinic Address :

Site-web / Website : _____ Courriel / Email : _____

Tel (Clinique/Clinic) : _____ Tel (Cell) : _____ Tel (Personnelle) : _____

École de médecine naturopathique et année d'obtention du diplôme
Naturopathic medicine school and year of graduation:



AMNQ | QANM

Association de Médecine Naturopathique du Québec
Quebec Association of Naturopathic Medicine

1173 boul. du Mont-Royal O
Outremont, QC H2V 2H6
(514) 279-6629
info@qanm.org

Avez-vous réussi les examens NPLEX/CONO (1&2)?
Did you pass the NPLEX/CONO exams (1&2)?

Avez-vous une assurance responsabilité civile professionnelle?
Do you carry malpractice insurance?

Êtes-vous inscrit comme docteur en naturopathie dans une autre juridiction ? Si OUI, où ?
Are you registered as a naturopathic doctor in another jurisdiction? If YES, where?

Êtes-vous présentement membre de l'AMNQ? Quel est votre numéro de membre?
Are you currently a member of the QANM? What is your membership number?

Souhaitez-vous que votre clinique/cabinet figure sur le site Web de l'AMNQ ? Veuillez indiquer toute restriction ou demande particulière.

Would you like your clinic/practice to be listed on the QANM website? Please include any restrictions or special requests.

Domaines d'expertise en santé - Indiquez 3 domaines seulement
Health Focus - list 3 areas only

Brève biographie (2-3 phrases)
2-3 sentence Brief Bio

Pourquoi avez-vous choisi la médecine naturopathique ? (2-3 phrases)
Why you chose naturopathic medicine med? (2-3 sentences)



AMNQ | QANM

Association de Médecine Naturopathique du Québec
Quebec Association of Naturopathic Medicine

1173 boul. du Mont-Royal O
Outremont, QC H2V 2H6
(514) 279-6629
info@qanm.org

Votre approche des soins aux patients (2-3 phrases)
Your approach to patient care (2-3 sentences)

Que souhaiteriez-vous que les gens sachent sur la médecine naturopathique ? (2-3 phrases)
What do you wish people knew about naturopathic medicine? (2-3 sentences)

Mise à jour importante concernant l'adhésion

*Les cotisations annuelles et le formulaire rempli doivent être payés avant le **1er novembre**. Des **frais de retard de 50 \$** seront facturés le **2 novembre** et **50 \$ supplémentaires** seront ajoutés le premier de **chaque mois** suivant jusqu'à ce que le paiement soit reçu.*

Les nouvelles cotisations seront calculées au prorata des mois restants de l'année d'adhésion.

Important update to membership

*Annual membership dues and the completed form are due by **November 1**. A **\$50 late fee** will be charged on **November 2**, and an **additional \$50** will be added on the **first of each subsequent month** until payment is received.*

New membership dues will be prorated based on the remaining months in the membership year.

Signature

Date

Merci pour votre soutien
Thank you for your support