

TO SIGN UP NEW MEMBERS, USE "MEMBERSHIP APPLICATION" FORM / POUR INSCRIRE DE NOUVEAUX MEMBRES, UTILISER LA "FORMULE D'ADHÉSION DE MEMBRE"



ONTARIO NURSES' ASSOCIATION ASSOCIATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DE L'ONTARIO



CHANGE OF MEMBERSHIP INFORMATION / CHANGEMENT DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MEMBRES

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MEMBRE
THIS SECTION TO BE COMPLETED BY MEMBER

IDENTIFICATION NUMBER / N° D'IDENTITÉ

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

CHECK APPLICABLE / COCHER, S'IL Y A LIEU:

RN ALLIED

ON-01-02/98

LOCAL NO. SECTION LOCALE

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

SOCIAL INSURANCE NUMBER / N° D'ASSURANCE SOCIALE

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

COLLEGE REGISTRATION NUMBER / N° D'ENREGISTREMENT DU COLLEGE

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

EFFECTIVE DATE

| | | | |
|-----|---|-----|--|
| | | | |
| D/J | M | Y/A | |

NAME / NOM (SURNAME / NOM DE FAMILLE) PRINT CLEARLY / ÉCRIRE LISIBLEMENT (FIRST NAME / PRENOM)

ADDRESS / ADRESSE

TOWN / CITY / VILLE APT. / UNIT # / APP. POSTAL CODE / CODE POSTAL

E-MAIL / ADRESSE ÉLECTRONIQUE: BUSINESS TELEPHONE NUMBER / N° DE TÉLÉPHONE AU BUREAU HOME TELEPHONE NUMBER / N° DE TÉLÉPHONE À LA MAISON

PLEASE CHECK THE APPROPRIATE BOX(ES) AND PROVIDE THE INFORMATION ACCORDINGLY
COCHER LA(LES) CASE(S) PERTINENTE(S) ET FOURNISSEZ LES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES.

| | | |
|---|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> CHANGE OF NAME / CHANGEMENT DE NOM | PREVIOUS NAME: / ANCIEN NOM: _____ |
| 2 | <input type="checkbox"/> CHANGE OF ADDRESS / CHANGEMENT D'ADRESSE | PREVIOUS ADDRESS: / ANCIENNE ADRESSE: _____ POSTAL CODE: / CODE POSTAL: _____ |
| 3 | <input type="checkbox"/> LEAVE OF ABSENCE / ABSENCE AUTORISÉE | TYPE (PREGNANCY, PERSONAL, ETC.): / RAISON (GROSSESSE, RAISON PERSONNELLE, ETC.): _____ LENGTH OF TIME: FROM / DURÉE: DE _____ TO / À _____ |
| 4 | <input type="checkbox"/> TERMINATION / CESSATION D'EMPLOI | DATE OF TERMINATION: / DATE DE LA CESSATION D'EMPLOI: _____ |
| 5 | <input type="checkbox"/> TRANSFER / MUTATION | FROM: / DE: _____ TO: / À: _____ FORMER EMPLOYER'S NAME / NOM DE L'ANCIEN EMPLOYEUR PRESENT EMPLOYER'S NAME / NOM DU NOUVEL EMPLOYEUR DATE LAST WORKED IN ABOVE / DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL |

TO ONA LOCAL EXECUTIVE / À L'INTENTION DU DIRIGEANT DE LA SECTION LOCALE DE L'AIIO

1. PLEASE COMPLETE THIS SECTION AND RETAIN COPY FOR YOUR FILES. / VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION ET CONSERVER LA COPIE DANS VOS DOSSIERS.

2. FORWARD ORIGINAL TO: / ENVOYEZ L'ORIGINAL À L'ADRESSE SUIVANTE:

| | |
|--|---|
| DUES / MEMBERSHIP DEPARTMENT ONTARIO NURSES' ASSOCIATION 85 GRENVILLE STREET, SUITE 400 TORONTO, ONTARIO, M5S 3A2 TEL - (416) 964-8833 | DÉPARTEMENT DES COTISATIONS ET ADHÉSIONS ASSOCIATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DE L'ONTARIO 65, RUE GRENVILLE, BUREAU 400 TORONTO (ONTARIO) M5S 3A2 N° DE TÉLÉPHONE: (416) 964-8833 |
|--|---|

DID THE ABOVE HAVE EVIDENCE OF MEMBERSHIP IN PREVIOUS LOCAL? / LA PERSONNE SUSMENTIONNÉE A-T-ELLE DÉJÀ FAIT PARTIE D'UNE AUTRE SECTION LOCALE?

YES / OUI NO / NON

IF YES, WHAT EVIDENCE OF MEMBERSHIP PROOF GIVEN? / DANS L'AFFIRMATIVE, EN DONNEZ LA PREUVE.

NB. CARD VALID ONLY FOR A TRANSFER WITHIN SIX MONTHS OF TERMINATION. / N.B. LA CARTE N'EST VALABLE QU'À DES FINS DE MUTATION DANS LES SIX MOIS SUIVANT LA CESSATION D'EMPLOI.