

Liste de contrôle d'inscription pour pratique privée qui n'est pas une corporation

Envoyez tous vos questions à info@cptnb.ca.

Nom de l'entreprise (veuillez imprimer) :

Règlement 5(1) : Exercice de la physiothérapie

Nul membre ne peut exercer la physiothérapie en tant qu'employé ou associé d'une autre personne ou encore à titre de membre du bureau de direction, membre du conseil d'administration, actionnaire ou employé d'une société, lorsque cette personne, association en nom collectif ou société offre, elle-même ou par l'entremise du membre, des services de physiothérapie au grand public, à moins que cette autre personne soit membre du Collège ou que ladite société soit enregistrée en vertu de la Loi ou soit un hôpital public, un établissement de santé ou d'enseignement géré par les gouvernements du Nouveau-Brunswick ou du Canada, ou un organisme à but non lucratif ou un organisme de charité.

Veuillez joindre la présente liste de contrôle à votre demande.

1. Le formulaire doit être :

- rempli (y compris le(s) copie(s) du(des) certificat(s) du nom de l'entreprise du registre des affaires corporatives, si l'entreprise utilise un nom autre que votre nom personnel.)
- signé et daté
- envoyé par courriel au Collège à info@cptnb.ca

2. Envoyez le paiement distinct des frais par :

- chèque/mandat par courrier
- virement interac à info@cptnb.ca

DEMANDE POUR NOUVELLE PRATIQUE PRIVÉE

Frais de pratique privée = 100 \$.
Si vous avez un autre emplacement, ajoutez 25 \$ pour chaque succursale.

Veuillez noter que les frais sont sujets à changement sans préavis.

Paiement par chèque ou mandat payable au Collège des physiothérapeutes du N.-B.

..... **ÉCRIRE LISIBLEMENT, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Nom de l'entreprise principale sur le certificat des affaires corporatives :

Si vous pratiquez en votre propre nom - indiquez-le ici. Si vous utilisez un nom public autre que votre nom personnel, indiquez-le ici et fournissez une copie du certificat de nom commercial fourni par les affaires corporatives.

Adresse de l'installation/emplacement (pour distribution publique) :

_____ Code postal : _____ - _____

Tel #1 : (____) _____ - _____ Tel #2 : (____) _____ - _____ Fax : (____) _____ - _____

Adresse postale préférée si différente de ci-dessous (pour le dossier de CPTNB) :

_____ Code postal : _____ - _____

Cochez Oui ci-dessous si vous souhaitez que CPTNB liste les courriels dans le répertoire public :

Courriel #1: _____ → Oui inclure dans le répertoire public

Courriel #2: _____ → Oui inclure dans le répertoire public

Énumérez et joignez les certificats des affaires corporatives pour tous les autres **noms commerciaux ou services de physiothérapie** offerts à la **même adresse ou à d'autres adresses**. Joignez une page supplémentaire si nécessaire.

Autre emplacement de physiothérapie avec le(s) même(s) propriétaire(s) (pour distribution publique)

Nom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ - _____

Tel #1 : (____) _____ - _____ Tel #2 : (____) _____ - _____ Fax : (____) _____ - _____

Courriel : _____ → Oui inclure dans le répertoire public

Nom et n° de matricule CPTNB de tous les physiothérapeutes non-propriétaires qui pratiquent pour les entreprises susmentionnées :

Nom et n° de matricule CPTNB de tous les propriétaires :

Signataire autorisé (propriétaire)

Imprimez le nom : _____ n° de matricule CPTNB _____

Signature : _____ Date : _____, 20____

Au nom des propriétaires et partenaires