



The Canadian Orthopaedic Nurses Association Association Canadienne des Infirmières et Infirmiers en Orthopédie

Membership Application Form – formulaire d'adhésion

Surname/nom _____
First/prénom _____
Street/rue _____

City/ville _____
Prov _____
Postal code postal _____
Phone/téléphone _____
FAX _____
e-mail address _____
Present Employer/employeur actuel _____

Membership Year **June 1 to May 31**
Année d'adhésion **1er juin – 31 mai**

Please indicate – prière d'indiquer

- New member – nouveau membre
 Renewal – renouvellement

Type of Membership – genre d'adhésion

- RN/Inf *Yearly Fee/frais annuels \$75.00*
 Other/Autres *Yearly Fee/frais annuels \$55.00*
 Retired/a la retraite *Yearly Fee/frais annuels \$20.00*
 Honourary/Honoraire

CONA Chapter/chapitre de l'ACIIO: _____

Dues payable to CONA by cheque or money order
Faire remise par chèque ou mandat-poste à l'ACIIO
No Cash/pas de comptant

1. Professional Status/statut professionnel

- RN/Inf
 Other – Specify/autre spécifiez

2. Level of education/niveau d'éducation

- Diploma-Nursing/techniques infirmières
 Baccalaureate-Nursing/ baccalauréat sciences infirmières
 Baccalaureate-other/autre baccalauréat

 Masters – Specify/maîtrise-spécifiez

 Doctorate – Specify/doctorat-spécifiez

 Other – Specify/autre spécifiez

3. Area of Practice/champ de pratique professionnelle

- Adult Orthopaedics (In-Patient) orthopédie adultes (Étages)
 Paed. Orthopaedics (In-Patient) orthopédie enfants (Étages)
 Operating Room/salle d'opération
 Clinic/clinique
 Ambulatory Care (Out Patient) soins ambulatoires
 ___ Other – Specify/autre spécifiez

4. Position/poste

- Staff nurse/ infirmière
 Head nurse/ infirmière-chef
 Clinical nurse specialist/ infirmière clinicienne
 Nursing administrator/ administratrice
 Other – Specify/autre spécifiez

5. Employment Status/statut d'emploi

- Full Time/temps plein
 Part Time/temps partiel
 Casual/disponibilité
 Not Employed/sans emploi
 _____ Retired/a la retraite

6. Do you belong to the C.N.A./? Etes-vous membre de l'AIIC?

- Yes/oui
 No/non

7. Do you belong to another special interest group?/ Etes-vous membre d'un autre groupe d'intérêt

8. Renewals Only/ renouvellement seulement

Enter your membership card number below/inscrire le numéro de carte de membre ci-dessous

Heidi Howay
2035 Rosealee Lane
West Kelowna, BC V1Z 3Z5
heidi.howay@interiorhealth.ca