



AVIS DE COTISATION

Tous les membres doivent remplir et retourner ce formulaire avec leur cotisation et leur assurance responsabilité afin de renouveler leur licence.

Les cotisations au CCTNB dues figurent ci-dessous:

Membres agréés: 460,00\$

Membres non-agrégés (Étudiant(e), retraité(e) et associé(e)): 75,00\$

Veillez noter : Les cotisations, le formulaire de renouvellement et une assurance responsabilité mise à jour doivent être fournies d'ici le 1er mai de l'année en cours.

Frais de retard : Les cotisations et l'assurance responsabilité non reçues d'ici le 31 mai sont assujetties à des frais de retard de 25,00 \$. Si elles ne sont pas reçues d'ici le 15 juin, des frais supplémentaires de 5,00 \$ par jour seront facturés jusqu'au 15 juillet. L'adhésion deviendra inactive si les cotisations, le formulaire de renouvellement, l'assurance et les frais supplémentaires ne sont pas payés d'ici le 15 juillet.

Modes de paiement:

- Ce formulaire doit être retourné par courriel à info@cctnb.ca avec un e-transfert à dues.cotisation@cctnb.ca (dépôt automatique). Si un mot de passe est requis, veuillez utiliser : Collegfees

OU

- avec une cheque à CCTNB, 205-236 rue St. Georges Street, Moncton, NB E1C 1W1

Information de membre

Nom Complet: _____ CTA/CTA-C #: _____

Adresse Complet: _____ Nouvelle adresse? OUI / NON

Courriel: _____ Tél: _____

Adresse d'employeur: _____

Lieu de travail (sélectionner): Pratique privée Conseiller Scolaire Université Autre:

Déclaration de conduit professionnelle

Je, _____, de _____
le soussigné (en lettres moulées) ville/province

déclare depuis ma dernière cotisation auprès du Collège, _____ été reconnu(e)

J'ai/ Je n'ai pas
coupables de fautes professionnelles, d'incompétence, d'incapacité, d'infraction criminelle ou mon assurance

responsabilité avait-elle été révoquée dans l'exercice du counseling.

Si j'ai indiqué que j'ai été reconnu(e) coupable, j'ai inclus des détails ici:

Déclaration

Je certifie que tous les renseignements inclus dans ce formulaire sont exacts et exacts dans tous les détails en considération desquels je souhaite renouveler mon permis de conseiller thérapeutique agréé (CTA) ou de conseiller thérapeutique agréé-candidat (CTA-C).

Signature du membre: _____ Date: _____

**À l'avenir, seriez-vous intéressé(e) à devenir bénévole au sein d'un comité ou d'un conseil pour le CCTNB?
OUI / NON**