

PROPOSITION D'ENTENTE DE PAIEMENT / PROPOSAL FOR PAYMENT AGREEMENT

Condition d'admissibilité / Eligibility condition

1. Être membre en règle de la CPMDQ / Be a member in good standing of the CPMDQ
2. Respecter la fréquence et les dates sur l'entente de paiement. / Respect the frequency and the dates of the payment agreement.
3. Pour ceux et celles qui désire faire application pour l'exemption de la TPS/TVQ dans leurs pratiques et qui désirent obtenir l'équivalence des acquis académiques de 5000 heures et plus à titre de "Docteur en Naturopathie N.D. doivent fournir une preuve de leurs acquis académiques par une mise-à-jour complète de leurs dossiers académiques, tels que les relevés de notes, copies des diplômes et attestations, une mise-à-jour du curriculum vitae et toutes autres documents à l'égard des formations suivis en médecine douce et/ou en science de la santé.

Pour ceux et celles qui désirent obtenir l'équivalence des acquis académiques de 1000 heures et plus à titre de naturopathe n.d., massothérapeute, kinésithérapeute, entraîneur sportif, ostéopathe, doivent fournir une mise-à-jour complète de leurs formations continues suivis après leurs l'adhésion à la CPMDQ.

For those who wish to apply for the exemption from the GST / QST in their practices and wish to obtain the equivalence for their academic achievements of 5000 hours plus as "Doctor of Naturopathy ND must provide proof of their academic achievements by sending us a complete update of their academic records, such as transcripts, copies of diplomas and certificates, an update of the curriculum vitae and all other documents with regard to their academic achievements in alternative medicine and / or health science.

For those who wish to obtain the equivalence for their academic achievements of 1000 hours plus as a naturopath nd, massothérapeute, kinésithérapeute, entraîneur sportif, osteopath, must provide a complete update of their continuing education followed after their enrolment at CPMDQ.

4. Nous fournir une adresse postale pour la livraison des documents qui seront livrés par UPS avec demande signature. Provide us with a postal address for special delivery of the documents with signature by UPS.

NOM DU MEMBRE ET NUMÉRO DE LICENCE / MEMBER'S NAME AND LICENSE NUMBER : _____

ADRESSE POUR LA LIVRAISON DES DOCUMENTS / ADDRESS FOR DOCUMENT DELIVERY : _____

Telephone : _____

- Je désire obtenir l'équivalence de mes acquis académiques pour le diplôme au titre de :
- I wish to obtain the equivalence of my academic achievements for the diploma under the title of:

<input type="checkbox"/> Docteur Naturopathie N.D. (\$2500)	<input type="checkbox"/> Massothérapeute (\$1500)
<input type="checkbox"/> Naturopathe n.d. (\$1500)	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute M.K. (\$1500)
<input type="checkbox"/> Docteur en Ostéopathie (\$2500)	<input type="checkbox"/> Entraîneur Sportif (\$1500)
<input type="checkbox"/> Ostéopathe d.o. (\$1500)	<input type="checkbox"/> Spécialiste Homéopathie (\$1500)

- **Montant mensuel minimum alloué \$125.00 / Minimum monthly amount allocated \$125.**
- **Veillez faire votre paiement en ligne selon l'entente ou nous faire parvenir une série de chèques postdatés. Please make your payment online according to the agreement or send us a series of cheques.**

- Mastercard, Visa, Discover, American Express. Débit Visa, Mastercard
- Chèques postdatés / Postdated cheques
- Virement Bancaire / E-Transfer

Question: Le nom de mon syndicat est? The name of my union is? **Réponse/Answer:** CPMDQ



DATE	MONTANT AMOUNT	DATE	MONTANT AMOUNT	DATE	MONTANT AMOUNT	DATE	MONTANT AMOUNT