



## Avis de cotisation

Tous les membres doivent remplir et retourner le formulaire ci-dessous, avec leur cotisation, afin de faire renouveler leur licence.

Les cotisations au CCTNB dues pour 2023-24 figurent ci-dessous:

Membres agréés: \$460.00

Membres non-agrégés (Étudiant, retraité et associé): \$75.00

Veuillez noter que les cotisations doivent être payées **avant le 1 mai 2023**. Les cotisations non reçues avant le **31 mai 2023** seront assujetties à des frais de retard de 25\$. Les cotisations non reçues avant le **15 juin 2023** seront ensuite assujetties à des frais de retard additionnels de 5 \$ par jour jusqu'au **15 juillet 2023**.

L'adhésion sera suspendue si la cotisation et les frais additionnels ne sont pas payés avant le **15 juillet 2023**.

Modes de paiement:

Ce formulaire doit être retourné avec une cheque à CCTNB, 205-236 rue St. Georges Street, Moncton, NB E1C 1W1, ou par courriel à [info@cctnb.ca](mailto:info@cctnb.ca) avec un e-transfer à [dues.cotisation@cctnb.ca](mailto:dues.cotisation@cctnb.ca) (dépôt automatique).

### Information de membre

Nom: \_\_\_\_\_ CTA/-C #: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Nouvelle adresse:  Oui  Non

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Information de l'employeur: \_\_\_\_\_

Lieu de travail:  Pratique privée  Conseiller scolaire  Université  Autre: \_\_\_\_\_

### Declaration de conduit professionnelle

Je, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_  
*nom de membre* *ville, province*

déclare depuis ma dernière cotisation auprès du Collège,

reconnu coupable de fautes professionnelles, d'incompétence, d'incapacité,  
d'infraction criminelle ou votre assurance responsabilité avait-elle été révoquée dans  
l'exercice du counseling.

\_\_\_\_\_ *j'ai / je n'ai pas*

Si j'ai indiqué que j'ai été reconnu coupable, j'ai inclus des détails ici.

---

---

### Declaration

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 thérapeutic agréé (CTA) ou de conseiller thérapeutic agréé-candidat (CTA-C).

Signature du demandeur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_