

Demande d'inscription - IP
CP 5100 - Assurance-maladie, Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
AssuranceMaladie.RegistratreFS@gnb.ca

Before you start completing the form, please read the **Privacy Notice**:
<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/HealthActs/PrivacyNotice.pdf>

Avant de commencer à remplir ce formulaire, veuillez lire l'**énoncé de confidentialité**:
<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/LoisSante/AvisProtectionRenseignementPersonnels.pdf>

IDENTIFICATION

1.	Family Name / Nom de famille	Given Name(s) / Prénom(s)	Date of Birth / Date de naissance
			Y/A M D/J

PLACE OF BIRTH / LIEU DE NAISSANCE

2.	Province-State / Province-État	Country / Pays	Citizenship / Citoyenneté

LANGUAGES / LANGUES

3.	Language Proficiency / Compétences linguistiques	Language of Choice / Langue de mon choix
	<input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/> Both equally / Les deux également	<input type="checkbox"/> English / Anglais <u>Other Languages / Autres langues:</u> <input type="checkbox"/> French / Français

CONTACT INFORMATION / COORDONÉES

4.	Home email / Courriel à la maison	Home Telephone / Téléphone à la maison	Work email / Courriel au travail	Work telephone / Téléphone au travail

MAILING ADDRESS OF CURRENT PRACTICE / ADRESSE POSTALE DE LA PRATIQUE ACTUELLE

5.	Address / Adresse	City-Town-Village / Ville-Village	Province	Postal Code / Code postal

CIVIC ADDRESS OF CURRENT PRACTICE / ADRESSE DE VOIRIE DE LA PRATIQUE ACTUELLE

6.	Address / Adresse	City-Town-Village / Ville-Village	Province	Postal Code / Code postal

COLLABORATING PRACTITIONER / PRATICIENS(S) COLLABORATEUR(S)

7.	Please provide the name(s) of collaborating practitioner(s). / Veuillez indiquer le/les nom(s) du/des praticiens(s) collaborateur(s).	Effective date of start of practice / Date du début de l'exercice professionnel
		Y/A M D/J

PRIVILEGES / PRIVILÈGES

8.	Have you been granted privileges* (laboratory tests and diagnostic services) with a Regional Health Authority? Avez-vous obtenu des privilèges* (tests de laboratoire et services de diagnostic) auprès d'une régie régionale de la santé?	<input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	If yes, please select / Si oui, s'il vous plaît préciser * Required to obtain a NB Medicare billing number / Requis pour obtenir un numéro de facturation d'assurance-maladie du N.-B.	<input type="checkbox"/> Horizon <input type="checkbox"/> Vitalité
----	---	---	---	---

PREVIOUS EXPERIENCE AS AN NP / EXPÉRIENCE ANTÉRIEURE COMME IP

9.	Have you practised in New Brunswick previously? / Avez-vous déjà exercé au Nouveau-Brunswick? <input type="checkbox"/> Yes - Continue to #10 / Oui - Continuez au n° 10 <input type="checkbox"/> No - Skip to #11 / Non - Passez au n° 11
----	--

10.	Location of previous practice(s) / Emplacement de votre (vos) ancien(s) lieu(x) d'exercice	Name(s) of Collaborating Practitioner(s) / Le/les nom(s) du/des praticiens(s) collaborateur(s)	Effective dates / Dates d'entrée en vigueur
			Y/A M D/J to Y/A M D/J à
			Y/A M D/J to Y/A M D/J à
			Y/A M D/J to Y/A M D/J à

BASIC EDUCATION IN NURSING / FORMATION DE BASE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

11.	Name of Educational Institution / Nom de l'établissement d'enseignement	Degree Conferred / Diplôme accordé	Received / Reçu
			Y/A M D/J

12.	Date of initial registration / Date de l'immatriculation initiale	Professional Regulatory Body / Organisme de réglementation professionnel
	Y/A M D/J	

NURSE PRACTITIONER EDUCATION / FORMATION: INFIRMIER(IÈRE) PRATICIEN(NE)

13.	Name of Educational Institution / Nom de l'établissement d'enseignement	Degree Conferred / Diplôme accordé	Received / Reçu
			Y/A M D/J

REGISTRATION / IMMATRICULATION

14.	Are you registered with the Nurses Association of New Brunswick? / Êtes-vous membre de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick?	<input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	If yes / Si oui	Registration No / Numéro d'immatriculation	Date registered / Date d'immatriculation
					Y/A M D/J

DECLARATION / DÉCLARATION

I certify that the statements made by me in this application are true, and complete, to the best of my knowledge. I am aware that misrepresentation, or falsification, may result in rejection of my application or withdrawal of registration.
J'atteste que les déclarations que j'ai faites dans la présente demande sont exactes, et complètes, en autant que je sache. Je reconnais que toute fausse déclaration, ou toute falsification, peut entraîner le rejet de ma demande ou l'annulation de mon inscription.

Signature

Date