



**NATIONAL FARM ANIMAL CARE COUNCIL
CONSEIL NATIONAL POUR LES SOINS AUX ANIMAUX D'ÉLEVAGE**

Formulaire de demande d'adhésion à titre de membre associé

Le Conseil national pour les soins aux animaux d'élevage (CNSAE) est un forum réunissant des intervenants qui croient en l'amélioration progressive et réalisable du bien-être animal. Ses membres collaborent et délibèrent sur les moyens de soutenir le bien-être des animaux d'élevage, notamment par l'entremise des Codes de pratiques et des programmes d'évaluation des soins aux animaux. Ainsi, tous les membres doivent accepter les [objectifs](#) du CNSAE et respecter ses [valeurs fondamentales](#) ainsi que le [code de conduite des membres](#).

Les demandes d'adhésion à titre de membre associé sont soumises à l'approbation du comité exécutif du CNSAE. Un membre associé peut voir son adhésion révoquée lorsqu'une cause justifiée est établie et que, de l'avis du comité exécutif, cette décision sert les meilleurs intérêts du CNSAE.

Veuillez transmettre votre formulaire dûment rempli à membership@nfacc.ca. Pour plus d'information, veuillez communiquer avec Jackie Wepruk, directrice de la division du CNSAE, à jwepruk@animalhealthcanada.ca.

_____ accepte les [objectifs](#) du CNSAE et s'engage à respecter ses [valeurs fondamentales](#) ainsi que le [code de conduite des membres](#).

Signature de la personne autorisée _____ **Date** _____

Veuillez indiquer le nom de l'organisation qui présente la demande d'adhésion, y compris le nom de toute filiale, marque ou bannière (si applicable) :

Veuillez nous expliquer votre intérêt à devenir membre associé du CNSAE :

Veuillez-nous en dire davantage sur l'engagement actuel de votre organisation envers le bien-être des animaux d'élevage et sur la façon dont vos activités s'harmonisent avec les objectifs du CNSAE :



**NATIONAL FARM ANIMAL CARE COUNCIL
CONSEIL NATIONAL POUR LES SOINS AUX ANIMAUX D'ÉLEVAGE**

Veuillez fournir une courte description de votre organisation (p. ex. : vision, mission, mandat, raison d'être) :

Si applicable, veuillez fournir les liens vers le site Web de votre organisation ainsi que ses plateformes de médias sociaux :

Veuillez sélectionner le groupe qui représente le mieux votre organisation :

- ☐ Association provinciale de l'industrie (organisme sans but lucratif)
- ☐ Association vétérinaire (organisme sans but lucratif)
- ☐ Entreprise de santé vétérinaire ou pharmaceutique
- ☐ Entreprise de vente au détail, de restauration ou de services alimentaires
- ☐ Entreprise de transformation alimentaire
- ☐ Entreprise produisant des biens pour l'industrie agricole (p. ex. équipement, éclairage)
- ☐ Autre (veuillez préciser) :

Afin de déterminer la catégorie de cotisation appropriée, veuillez indiquer la tranche correspondant aux revenus annuels bruts de votre organisation au Canada. (remarque : les organismes sans but lucratif sont automatiquement classés dans la catégorie 1.)

- ☐ **Catégorie 4** : plus de 5 milliards de dollars de revenus annuels
- ☐ **Catégorie 3** : de 500 millions à 5 milliards de dollars de revenus annuels
- ☐ **Catégorie 2** : de 50 millions à 500 millions de dollars de revenus annuels
- ☐ **Catégorie 1** : moins de 50 millions de dollars

Pour obtenir la grille tarifaire à jour, veuillez communiquer avec Jackie Wepruk à jwepruk@animalhealthcanada.ca.



NATIONAL FARM ANIMAL CARE COUNCIL CONSEIL NATIONAL POUR LES SOINS AUX ANIMAUX D'ÉLEVAGE

COORDONNÉES

Veillez remplir les informations ci-dessous de la personne-ressource principale qui sera responsable de la coordination générale de l'adhésion :

- Nom :
- Titre :
- Adresse courriel :
- Adresse postale :
- Numéro de téléphone au bureau :
- Numéro de téléphone cellulaire :

Si votre organisation souhaite ajouter d'autres personnes qui recevront les communications du CNSAE ou participeront aux réunions du CNSAE, veuillez fournir leurs noms, titres, adresses courriel et numéros de téléphone ci-dessous. Ces personnes seront ajoutées à la liste de diffusion du CNSAE :

FACTURATION

Veillez fournir les coordonnées de la personne responsable de la facturation, si elle est différente de la personne-ressource principale.

- ☐ Même que la personne-ressource principale
- ☐ Différente de la personne-ressource principale

- Nom :
- Adresse courriel :
- Adresse postale :