



**ONTARIO NURSES' ASSOCIATION
ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE
L'ONTARIO**



PLEASE PRINT FORM AND COMPLETE CLEARLY

ORGANIZING MEMBERSHIP CARD/CARTE DE MEMBRE – SYNDICALISATION

S.I.N.# _____ COLLEGE REGISTRATION NUMBER _____
N.A.S. _____ No D'ENREGISTREMENT DU COLLÈGE _____

NAME (last, first, middle initial) _____
NOM (famille, prenom, deuxième, prénom) _____

*ADDRESS _____ (APT./UNIT#)
*ADRESSE _____ (APP./UNITÉ)

CITY _____ POSTAL CODE _____
VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____

*COURIER ADDRESS (if different from above) _____
*ADRESSE POSTALE (si différente de celle ci dessus) _____

RES. TEL# _____ BUS TEL# _____
No. DE TÉL. À DOM. (_____) _____ No. DE TÉL. AU BUR. (_____) _____

EMAIL ADDRESS _____
ADRESSE ELECTRONIQUE _____

EMPLOYER _____ SITE _____
EMPLOYEUR _____ EMPLACEMENT _____

FULL TIME _____ REGULAR PART TIME _____ CASUAL _____
TEMPS PLEIN _____ PERMANENT À TEMPS PARTIEL _____ OCCASIONNEL _____

HOURS OF WORK PER WEEK _____ CLASSIFICATION _____
HEURES DE TRVAIL PAR SEMAINE _____

UNIT / LOCATION _____
SECTION / EMPLACEMENT _____

I, the undersigned,

- (a) AUTHORIZE the Ontario Nurses' Association to be my exclusive bargaining agent;
- (b) UNDERSTAND the significance of signing this membership form and do so of my own free will, and
- (c) AGREE to abide by the constitution and by-laws of the Ontario Nurses' Association.

Je soussigné(e),

- (a) AUTORISE l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario à devenir mon agent négociateur exclusif;
- (b) COMPRENDS l'importance que revêt la signature de cette formule d'adhésion et la signe librement;
- (c) ACCEPTE de me conformer à l'acte et au règlement intérieur de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

SIGNATURE OF MEMBER/SIGNATURE DE MEMBRE _____

DATE _____ WITNESS/TÉMOIN _____

THIS FORM IS CONFIDENTIAL. IT GOES TO THE ONA ORGANIZING TEAM. THE EMPLOYER **NEVER** SEES THE CARD OR KNOWS WHO SIGNED AN ONA CARD.

PLEASE RETURN THIS CARD BY POST. THE ONTARIO LABOUR BOARD WILL ONLY ACCEPT ORIGINAL DOCUMENTS, NOT FAXED OR SCANNED COPIES.

ONA ASKS FOR YOUR SOCIAL INSURANCE NUMBER IN ORDER TO IDENTIFY EACH MEMBER. IT HELPS US TO DISTINGUISH BETWEEN TWO MEMBERS WHO MAY HAVE THE SAME NAME.

YOU WILL NOT HAVE TO PAY DUES WHEN YOU SIGN THIS CARD. YOU WILL NOT PAY DUES UNTIL YOU ARE PROTECTED BY A COLLECTIVE AGREEMENT UNLESS AGREED BY THE PARTIES THROUGH CONTRACT NEGOTIATIONS.

IF YOU ARE A MEMBER OF A HEALTH RELATED COLLEGE, WE WOULD APPRECIATE HAVING YOUR COLLEGE NUMBER.

RETURN COMPLETED FORM TO:
Attention: Organizing, Ontario Nurses' Association
85 Grenville Street, Suite 400
TORONTO, Ontario, M5S 3A2

LA CARTE EST CONFIDENTIELLE ET EST COMMUNIQUÉE AU COMITÉ DE SYNDICALISATION DE L'A.I.I.O. L'EMPLOYEUR NE VOIT JAMAIS CETTE CARTE NI NE SAIT QUI L'A SIGNÉE.

S'IL VOUS PLAÎT RETOURNER CETTE CARTE PAR LA POSTE A L'ADRESSE MENTIONNÉE CI-DESSOUS. LA COMMISSION DES RELATIONS DE TRAVAIL DE L'ONTARIO ACCEPTE SEULEMENT LES DOCUMENTS ORIGINAUX, AUCUN FACSIMILES OU DOCUMENTS PASSE AU SCANNER.

L'A.I.I.O. A BESOIN DU NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DE CHAQUE MEMBRE AFIN POUVOIR L'IDENTIFIER. CELA NOUS PERMET DE DÉPARTAGER DEUX MEMBRES QUI –OURRAIENT AVOIR LE MÊME NOM.

VOUS NE DEVREZ PAS PAYER DE DROITS LORSQUE VOUS SIGNEREZ CETTE CARTE. VOUS NE PAIEREZ DES DROITS QUE LORSQUE VOUS SEREZ PROTÉGÉ(E) PAR UNE CONVENTION COLLECTIVE SAUF ACCORD CONTRAIRE DES PARTIES À LA SUITE DES NÉGOCIATIONS CONTRACTUELLES.

SI VOUS ÊTES MEMBRES DE L'ORDRE D'UNE PROFESSION DE LA SANTÉ CONNEXE, PRIÈRE DE NOUS COMMUNIQUER VOTRE NUMÉRO DE MEMBRE.

RETOURNER LA FORMULE DÛMENT REMPLIE À: Attention:
Comité de syndicalisation
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
85, rue Grenville, bureau 400, Toronto, Ontario, M5S 3A2