

**FORMULAIRE D'ADHÉSION 2018-2019**

**MEMBRE PRINCIPAL** (avec droit de vote) : personne œuvrant dans le domaine de l'hygiène et salubrité (établissements, organismes gouvernementaux ou paragonnementaux pertinents) dans le réseau de la Santé et des Services sociaux. **Remplir la section 1.**

**MEMBRE ASSOCIÉ** (sans droit de vote) : personne œuvrant dans un établissement d'enseignement reconnu, qui permet le développement des compétences en hygiène et salubrité afin de travailler en milieu de soins. **Remplir la section 1.**

**MEMBRE RETRAITÉ** (sans droit de vote) : personne membre de l'AHSS, retraitée du réseau de la Santé et des Services sociaux qui détenait avant sa retraite des fonctions en lien avec l'hygiène et salubrité. **Remplir la section 2.**

**MEMBRE CORPORATIF** (sans droit de vote) : personne ou compagnie œuvrant dans le domaine de la santé dont les fonctions sont reliées à l'offre de produits ou services en lien avec l'hygiène et salubrité. **Remplir la section 3 au verso.**

**SECTION 1 (MEMBRE PRINCIPAL OU ASSOCIÉ) ADHÉSION DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019**

Nom :	Prénom :	
Établissement :		
Adresse de l'établissement :		
Téléphone au travail :	Poste :	
Fonction :		
<i>Prenez vous votre retraite au cours de la période d'adhésion?</i>		
Courriel :		
Adresse personnelle :		
	Téléphone :	
Courriel :		
Frais d'adhésion :	Membre principal (45 \$) <input type="checkbox"/>	Membre associé (45 \$) <input type="checkbox"/>
Adhésion :	Au nom de l'établissement <input type="checkbox"/>	À mon nom <input type="checkbox"/>

**SECTION 2 (MEMBRE RETRAITÉ) ADHÉSION DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	
Fonction avant la retraite :	
Courriel :	

En acceptant de devenir membre de l'AHSS, je consens à respecter les statuts et règlements en vigueur.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Retourner ce formulaire signé avec un chèque au nom de l'AHSS à l'adresse suivante (cochez si vous désirez recevoir une facture ):

AHSS  
C.P. 1036  
Ste-Anne-de-Beaupré (Québec) G0A 3C0  
[ahss.secretariat.info@gmail.com](mailto:ahss.secretariat.info@gmail.com)

**SECTION 3 (MEMBRE CORPORATIF) ADHÉSION DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2018 AU 31 MARS 2019**

Nom :	Prénom :
Entreprise :	
Adresse :	
Téléphone :	Poste :
Fonction :	

Frais d'adhésion (250 \$) 

En acceptant de devenir membre de l'AHSS, je consens à respecter les statuts et règlements en vigueur.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Retourner ce formulaire signé avec un chèque au nom de l'AHSS à l'adresse suivante (cochez si vous désirez recevoir une facture ):

AHSS  
C.P. 1036  
Ste-Anne-de-Beaupré (Québec) G0A 3C0  
[ahss.secretariat.info@gmail.com](mailto:ahss.secretariat.info@gmail.com)