

FORMULAIRE D'ADHÉSION 2017-2018

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 intéressée par le domaine de l'hygiène et salubrité dont les fonctions sont reliées à l'offre de produits ou services dans le domaine de la Santé. **Remplir la section 3 au verso.**

SECTION 1 (MEMBRE PRINCIPAL OU ASSOCIÉ) ADHÉSION DU 1^{ER} AVRIL 2017 AU 31 MARS 2018

Nom :	Prénom :	
Établissement :		
Adresse de l'établissement :		
Téléphone au travail :	Poste :	
Fonction :		
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^{ER} AVRIL 2017 AU 31 MARS 2018

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
info@ahss.qc.ca



ASSOCIATION HYGIÈNE ET SALUBRITÉ EN SANTÉ

SECTION 3 (MEMBRE CORPORATIF) ADHÉSION DU 1^{ER} JUILLET 2017 AU 30 JUIN 2018

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-Baupré (Québec) G0A 3C0
info@ahss.qc.ca