

**FORMULAIRE D'ADHÉSION 2026**

**MEMBRE PRINCIPAL** (avec droit de vote) : personne œuvrant dans le domaine de l'hygiène et salubrité (établissements, organismes gouvernementaux ou paragouvernementaux 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-adhésion gratuite) : 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 la salubrité. **Remplir section 3.**

**SECTION 1 (MEMBRE PRINCIPAL OU ASSOCIÉ) ADHÉSION DU 1<sup>ER</sup> JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2026**

Nom :		Prénom :	
Établissement :			
Adresse de l'établissement :			
Téléphone au travail:		Poste :	
Fonction :			
Prenez-vous votre retraite au cours de la période d'adhésion? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Courriel :			
Adresse personnelle:			
Téléphone personnel:			
Courriel personnel:			
Frais d'adhésion :	Membre principal (50\$)	<input type="checkbox"/>	Membre associé (50\$)
Adhésion :	Au nom de l'établissement	<input type="checkbox"/>	À mon nom :

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

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

**SECTION 2 (MEMBRE RETRAITÉ) ADHÉSION DU 1<sup>ER</sup> JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2026**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Fonction avant ma retraite :

Courriel :

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

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

**SECTION 3 (MEMBRE CORPORATIF) ADHÉSION DU 1<sup>ER</sup> JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2026**

Nom :

Prénom :

Entreprise :

Adresse :

Téléphone :

Poste :

Fonction :

Courriel :

Frais adhésion 250\$ ☐

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

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

**PAIEMENT**

Pour le paiement, veuillez l'effectuer avec le lien de paiement joint dans le courriel et remplir le tableau ci-dessous.

Nom :

Prénom :

Adressé au service de :

Courriel :

Faire parvenir le formulaire d'adhésion à l'adresse courriel : [ahss.secretariat.infos@gmail.com](mailto:ahss.secretariat.infos@gmail.com)