

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^{ER} 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\$) <input type="checkbox"/>
Adhésion :	Au nom de l'établissement <input type="checkbox"/>	À mon nom : <input type="checkbox"/>

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

Signature : _____ Date : _____



ASSOCIATION HYGIÈNE ET SALUBRITÉ EN SANTÉ

SECTION 2 (MEMBRE RETRAITÉ) ADHÉSION DU 1^{ER} 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^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2026

Nom :	Prénom :
Entreprise :	
Adresse :	
Téléphone :	Poste :
Fonction :	
Courriel :	Frais adhésion 250\$ <input type="checkbox"/>

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