|  |
| --- |
| **FORMULAIRE D’ADHÉSION 2024** |
| **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 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2024** |
| Nom :       | Prénom :       |
| Établissement :       |
| Adresse de l’établissement :       |
| Téléphone au travail:       | Poste :       |
| Fonction :       |
| Prenez-vous votre retraite au cours de la période d’adhésion? [ ]  Oui [ ]  Non |
| Courriel :       |
| Adresse personnelle:       |
| Téléphone personnel:       |
| Courriel personnel:       |
| Frais d’adhésion : Membre principal (50$) [ ]  Membre associé (50$) [ ]  |
| Adhésion : Au nom de l’établissement [ ]  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 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2024** |
| 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 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2024** |
| 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 |