|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | |