|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULAIRE D’ADHÉSION 2022-2023** | | | | |
| **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 AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023** | | | | |
| 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 (45$)  Membre associé (45$) | | | | |
| 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 AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023** | | | | |
| 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 AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023** | | | | |
| 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**  Je désire payer par carte de crédit à la réception de la facture.  Je paie par chèque. Je retourne ce formulaire signé avec un chèque au nom de l’AHSS à l’adresse suivante :  **AHSS**  C.P. 1036  Ste-Anne-de-Beaupré (Québec) G0A 3C0  [ahss.secretariat.infos@gmail.com](mailto:ahss.secretariats.info@gmail.com) | | | | |