**Formulaire d’adhésion 2019-2020**

**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 salubrité. **Remplir la section 3 au verso.**

**Section 1 (Membre principal ou associé) adhésion du 1er avril 2019 au 31 mars 2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | | Prénom : |
| Établissement : | | |
| Adresse de l’établissement : | | |
| Téléphone au travail : | | Poste : |
| Fonction : | | |
| *Prenez vous votre retraite au cours de la période d’adhésion?* | | |
| Courriel : | | |
| Adresse personnelle : | | |
|  | Téléphone : | |
| Courriel : | | |

Frais d’adhésion : Membre principal (45 $)  Membre associé (45 $)

Adhésion : Au nom de l’établissement  À mon nom

**Section 2 (Membre retraité) adhésion du 1er avril 2019 au 31 mars 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Téléphone : |  |
| Fonction avant la retraite : | |
| Courriel : | |

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

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

Retourner ce formulaire signé avec un chèque au nom de l’AHSS à l’adresse suivante (cochez si vous désirez recevoir une facture ) :

AHSS

C.P. 1036

Ste-Anne-de-Beaupré (Québec) G0A 3C0

[ahss.secretariat.info@gmail.com](mailto:ahss.secretariat.info@gmail.com)

**Section 3 (Membre corporatif) Adhésion du 1er avril 2019 au 31 mars 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Entreprise : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | Poste : |
| Fonction : | |

Frais d’adhésion (250 $)

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

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

Retourner ce formulaire signé avec un chèque au nom de l’AHSS à l’adresse suivante (cochez si vous désirez recevoir une facture ) :

AHSS

C.P. 1036

Ste-Anne-de-Beaupré (Québec) G0A 3C0

[ahss.secretariat.info@gmail.com](mailto:ahss.secretariat.info@gmail.com)