

FORMULAIRE D'ADHÉSION 2020-2021

MEMBRE PRINCIPAL (avec droit de vote) : personne œuvrant dans le domaine de l'hygiène et salubrité (établissements, organismes gouvernementaux ou paragonnementaux 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 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

Nom :	Prénom :
Établissement :	
Adresse de l'établissement :	
Téléphone au travail :	Poste :
Fonction :	
<i>Prenez vous votre retraite au cours de la période d'adhésion?</i>	
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 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

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 : _____

Nouveau! 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
secretariat.info@ahss.live

SECTION 3 (MEMBRE CORPORATIF) ADHÉSION DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

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 : _____

Nouveau! 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-Baupré (Québec) G0A 3C0
secretariat.info@ahss.live