



S.V.P. en caractères d'imprimerie

Nom à inscrire sur le certificat de membre

Mme M.

Date de naissance _____
(jour/mois/année)

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____

Fonction _____

Organisme _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Poste _____ Télécopieur _____

Courriel _____

Adresse (résidence) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (résidence) _____

Contact alternatif _____ Tél. _____ Poste _____ Courriel _____

La correspondance du Collège sera expédiée au/à la : bureau résidence alternatif

Langue parlée et écrite : français anglais bilingue

La correspondance du Collège sera rédigée en : français anglais

Études

Diplôme/Certificat

Année d'obtention

Établissement

Diplôme/Certificat	Année d'obtention	Établissement
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Qualifications pour adhésion au Collège

Sont admissibles au Collège les personnes qui travaillent au sein d'une organisation de services de santé et qui occupent un poste de cadre, un poste de consultation, un poste d'enseignement, un poste fonctionnel ou un poste d'associé.

Les demandeurs doivent en outre posséder au moins un baccalauréat ou démontrer l'acquisition progressive et cumulative de titres de compétence dans le domaine de la gestion de services de santé.

Documents à l'appui de la demande :

- Copie des diplômes ou titres de compétence acquis antérieurement ou relevé de notes;
- Copie de votre curriculum vitae;
- Copie de votre carte d'affaires, de votre description d'emploi et de l'organigramme de l'organisation où vous travaillez (encerclez votre poste sur l'organigramme).



Mon organisme fait partie de la catégorie suivante : (ne cochez qu'une case)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier | <input type="checkbox"/> Association de santé |
| <input type="checkbox"/> Soins longue durée/Centre d'accueil | <input type="checkbox"/> Forces armées |
| <input type="checkbox"/> Établissement multi-vocationnel | <input type="checkbox"/> Gouvernement |
| <input type="checkbox"/> Santé communautaire/Soins ambulatoires | <input type="checkbox"/> Org. de santé autochtone et multiculturel |
| <input type="checkbox"/> Régie régionale de santé | <input type="checkbox"/> Firme conseil |
| <input type="checkbox"/> Organisme de santé bénévole | <input type="checkbox"/> Enseignement |
| <input type="checkbox"/> Corporatif / Industrie | |

Est-ce que votre organisation paie vos frais d'adhésion au Collège ?

- oui non

De quelle façon avez-vous pris connaissance de l'existence du Collège ?

- Internet
 Correspondance
 Membre du Collège
 Nom: _____
 Chapitre du Collège
 Programme de perfectionnement du Collège
 Professeur
 Conférence provinciale (AHQ, OHA, etc.)
 Autre (spécifiez) _____

Politiques relatives à la protection des renseignements personnels du CCDSS

J'ai lu les Politiques et procédures relatives à la protection des renseignements personnels du Collège (www.cchse.org) et, par les présentes, j'autorise le Collège à divulguer à des tiers mon statut de membre et mon titre. Je comprends que tous les renseignements personnels sont confidentiels et ne seront pas divulgués.

J'accepte par les présentes

Information sur la cotisation

Le paiement de votre cotisation doit accompagner le formulaire de demande d'adhésion. S.V.P. écrire le chèque au nom du Collège canadien des directeurs de services de santé. Si votre demande est refusée, vous recevrez un plein remboursement de la cotisation versée.

La cotisation couvre la période du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les frais d'adhésion des NOUVEAUX membres **actifs** seront établis au prorata à partir du mois de la demande d'adhésion.

L'adhésion au Collège n'est pas transférable et non-remboursable.

J'atteste, par la présente, que tous les renseignements fournis sont véridiques.

Code déontologie du CCDSS (www.cchse.org)

Par les présentes, je certifie que je connais les normes de déontologie du Collège; que je m'y conforme; et que je respecterai les règlements administratifs et les politiques du Collège ayant trait à l'administration de ces normes telles qu'adoptées lorsqu'il y a lieu par le Collège

J'accepte par les présentes.

Signature : _____

Mode de paiement

Paiement inclus : jan. \$398; fév. \$365; mar. \$332; avr. \$298; mai \$265; juin \$232
juil. \$199; août \$166; sep. \$133; oct. \$99; nov. \$66; déc. \$33

Chèque Mastercard Visa No. de carte _____

_____ Détenteur de la carte

_____ Signature

_____ Date d'exp.

S.V.P. facturez mon organization

S.V.P. envoyez votre demande d'adhésion au:

Collège canadien des directeurs de services de santé
292 rue Somerset, ouest
Ottawa, Ontario
K2P 0J6

Téléphone: (613) 235-7218
Sans frais: 1-800-363-9056
Télécopieur: (613) 235-5451
Courriel: cchse@cchse.org