

**COMMUNAUTÉ D'ÉDUCATEURS EN HYGIÈNE DENTAIRE**  
**CATÉGORIE DE MEMBRES INSTITUTIONNELS**

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Personne-ressource principale (Directeur/Coordonnateur de programme) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**Cotisation**

La grille tarifaire est basée sur le nombre d'éducateurs en hygiène dentaire membres de l'ACHD (à temps plein et à temps partiel) que vous désirez inscrire. Veuillez sélectionner la catégorie appropriée. Le paiement doit inclure les taxes applicables selon le tableau.

115 \$ pour 3 à 5 éducateurs en hygiène dentaire

225 \$ pour 6 à 15 éducateurs en hygiène dentaire

425 \$ pour 16 + éducateurs en hygiène dentaire

MONTANT AVEC TAXES						
No. d'éducateurs en hygiène dentaire	MONTANT	C.-B., Alb., Sask., Man., Nt, T.N.-O., Yn	Ont.	N.-É.	Qc	N.-B., Î.-P.-É., T.-N.-L.
3 à 5 / institution	115 \$	120,75 \$	129,95 \$	131,10 \$	132,22 \$	132,25 \$
6 à 15 / institution	225 \$	236,25 \$	254,25 \$	256,50 \$	258,69 \$	258,75 \$
16+ / institution	425 \$	446,25 \$	480,25 \$	484,50 \$	488,64 \$	488,75 \$

**Éducateur #1**

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

**Éducateur #2**

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

**Éducateur #3**

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

#### Éducateur #4

Nom: \_\_\_\_\_

Numéro de membre de l'ACHD: \_\_\_\_\_

Adresse de courriel: \_\_\_\_\_

Éducateur en hygiène dentaire à temps plein

Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel

#### Éducateur #5

Nom: \_\_\_\_\_

Numéro de membre de l'ACHD: \_\_\_\_\_

Adresse de courriel: \_\_\_\_\_

Éducateur en hygiène dentaire à temps plein

Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel

*(Voir la page suivante pour les champs supplémentaires de l'éducateur)*

#### Détails du paiement

Total : \_\_\_\_\_

Type de paiement : \_\_\_\_\_ Carte de crédit (Visa/MC)      Chèque

Numéro de la carte de crédit : \_\_\_\_\_

Date d'expiration (MM/AA) : \_\_\_\_\_ Numéro de CVV : \_\_\_\_\_

Nom sur la carte : \_\_\_\_\_

*NOTE : Les frais d'adhésion sont non-remboursables, non-transférables et ne sont pas calculés au prorata.*

#### **Veuillez remplir le formulaire et le retourner à l'ACHD accompagné du paiement :**

Télécopieur      (613) 224-7283

Adresse postale      1122, rue Wellington Ouest, Ottawa (Ontario), K1Y 2Y7

Courriel      [info@achd.ca](mailto:info@achd.ca)

*Veuillez ne pas envoyer l'information de votre carte de crédit par courriel. Veuillez appeler les Services aux membres de l'ACHD à 1 800 267-5235 pour nous donner les détails de votre carte de crédit)*

#### Éducateur #6

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD : \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel: \_\_\_\_\_  
Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

#### Éducateur #7

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD: \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel: \_\_\_\_\_  
Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

#### Éducateur #8

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD: \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel: \_\_\_\_\_  
Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

#### Éducateur #9

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD: \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel: \_\_\_\_\_  
Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

#### Éducateur #10

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD: \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel: \_\_\_\_\_  
Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

#### Éducateur #11

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD: \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel: \_\_\_\_\_  
Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_

#### Éducateur #12

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de membre de l'ACHD: \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel: \_\_\_\_\_  
Éducateur en hygiène dentaire à temps plein \_\_\_\_\_ Éducateur en hygiène dentaire à temps partiel \_\_\_\_\_