



**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 établie en fonction du nombre d'éducateurs en hygiène dentaire membres de l'ACHD (à temps plein et à temps partiel) que vous désirez inscrire :

- 115 \$ 3 à 5 Educateurs en hygiène dentaire
- 225 \$ 6 à 15 Educateurs en hygiène dentaire
- 425 \$ 16 + Educateurs en hygiène dentaire

**Information sur les éducateurs:**

**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

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

*(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 : \_\_\_\_\_

**NOTER :** Les frais d'adhésion sont non-remboursables, non-transférables, et ne peuvent être calculés au prorata.

**Veillez 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) *(Veillez 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 # \_\_

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 # \_\_

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 # \_\_

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 # \_\_

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 # \_\_

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 # \_\_

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 # \_\_

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 # \_\_

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

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

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