



**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 que vous désirez inscrire :

- 100 \$ 3 à 5 Educateurs en hygiène dentaire
- 200 \$ 6 à 15 Educateurs en hygiène dentaire
- 400 \$ 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 *(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