

**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			
		C.-B., Alb., Sask., Man., Nt, T.N.-O., Yn	Ont.	Qc	N.-B., N.-É. , Î.-P.-É. , T.-N.-L.
Éducateurs en hygiène dentaire	MONTANT	5 %	13 %	5 % TVH, 9,975 % TVQ	15 %
3 à 5	115 \$	120,75 \$	129,95 \$	126,21 \$	132,25 \$
6 à 15	225 \$	236,25 \$	254,25 \$	246,94 \$	258,75 \$
16+	425 \$	446,25 \$	480,25 \$	472,19 \$	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: _____ Numero de member de l'ACHD:

Adresse de courriel: _____

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

Éducateur #5

Nom: _____ Numero de member 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/NC) 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.

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

Telecopieur (613) 224-7283

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

Courriel 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: _____ Numero de member de l'ACHD :

Adresse de courriel: _____

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

Éducateur #7

Nom: _____ Numero de member de l'ACHD:

Adresse de courriel: _____

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

Éducateur #8

Nom: _____ Numero de member de l'ACHD:

Adresse de courriel: _____

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

Éducateur #9

Nom: _____ Numero de member de l'ACHD:

Adresse de courriel: _____

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

Éducateur #10

Nom: _____ Numero de member de l'ACHD:

Adresse de courriel: _____

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

Éducateur #11

Nom: _____ Numero de member de l'ACHD:

Adresse de courriel: _____

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

Éducateur #12

Nom: _____ Numero de member de l'ACHD:

Adresse de courriel: _____

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