

RISQ+H

RÉSEAU DE SENSIBILISATION ET DE PARTAGE D'EXPÉRIENCE SUR LA
GESTION DES RISQUES, LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DANS LES HÔPITAUX

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Type d'adhésion	Montant annuel avant taxes	TPS (5%)	TVQ (7,5%)	Total
[] Membre institutionnel (incluant 5 membres)	1 200,00 \$	60,00 \$	94,50 \$	1 354,50 \$

MEMBRE INSTITUTIONNEL :

Institution : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

✓ **Paiement par chèque** : Faire le chèque au nom de CIRANO et l'expédier avec le formulaire d'inscription à :

a/s Sylvie Barrette-Méthot
CIRANO
2020, rue University, bureau 2500
Montréal (Québec) H3A 2A5

N.B. : Si votre entreprise est exemptée du paiement des taxes, vous devez faire parvenir une copie du Certificat d'exemption avec votre inscription.

• **CONTACT PRINCIPAL : (À compléter si le contact principal n'est pas un des membres)**

Nom : _____ Prénom : _____

Titre : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

• **MEMBRE # 1 : [] COCHEZ SI VOUS ÊTES LE CONTACT PRINCIPAL ET MEMBRE**

Nom : _____ Prénom : _____

Titre : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

• **MEMBRE # 2 : [] COCHEZ SI VOUS ÊTES LE CONTACT PRINCIPAL**

Nom : _____ Prénom : _____

Titre : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

- **MEMBRE # 3** : [] **COCHEZ SI VOUS ÊTES LE CONTACT PRINCIPAL**

Nom : _____ Prénom : _____

Titre : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

- **MEMBRE # 4** : [] **COCHEZ SI VOUS ÊTES LE CONTACT PRINCIPAL**

Nom : _____ Prénom : _____

Titre : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

- **MEMBRE # 5** : [] **COCHEZ SI VOUS ÊTES LE CONTACT PRINCIPAL**

Nom : _____ Prénom : _____

Titre : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____