

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION À L'AIDQ (ORGANISME MEMBRE)

Tout établissement, organisme ou entreprise oeuvrant directement ou indirectement dans le champ de la dépendance peut devenir membre de l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ).

Cochez la catégorie correspondante à la taille de votre entreprise/organisme, selon votre chiffre d'affaires :

Budget de moins de 1 million \$	3 accès à l'Espace membres :	295 \$ (+ TPS : 14.75 \$ et TVQ : 29.43 \$) = 339.18 \$
Budget entre 1 et 3 millions \$	5 accès à l'Espace membres :	500 \$ (+ TPS : 25 \$ et TVQ : 49.88 \$) = 574.88 \$
Budget de plus de 3 millions \$	10 accès à l'Espace membres :	1000 \$ (+ TPS : 14.75 \$ et TVQ : 29.43 \$) = 1149.75 \$

#TPS : 137749420 – TVQ : 1016589442

Les champs identifiés avec un astérisque (*) sont obligatoires. Vous pouvez répondre à toutes les autres questions ou aller compléter votre profil en ligne en vous rendant dans l'espace membres au www.aidq.org.

(01) Identification et adresse de correspondance

Nom de l'organisme*	<input type="text"/>	
Numéro civique*	<input type="text"/>	
Adresse*	<input type="text"/>	
Appartement	<input type="text"/>	
Ville*	<input type="text"/>	
Province	<input type="text"/>	
Pays	<input type="text"/>	
Code postal	<input type="text"/>	
Téléphone*	<input type="text"/>	
Téléphone (autre)	<input type="text"/>	
Site web	<input type="text"/>	
Responsable de l'organisme*	<input type="text"/>	(personne qui recevra l'avis de renouvellement)
Titre/fonction*	<input type="text"/>	
Courriel du responsable*	<input type="text"/>	



(02) Type d'organisme

Association	CISSS/CIUSSS	Maison de jeunes
Centre de désintoxication	Corps policier	Maison de thérapie avec hébergement
Centre de réadaptation	Établissement carcéral	Maison de thérapie sans hébergement
Centre jeunesse	Foyer de groupe	Maison de transition
Centre de recherche	Institut d'enseignement	Programme d'aide aux employés (PAE)

Autre (spécifiez)

(03) Secteur d'intervention

Secteur public	OSBL
Secteur privé	Parapublic
Secteur communautaire	

Région administrative :**Identification des représentants de votre organisme***Note au représentant :*

Chaque représentant de l'organisme a accès à l'Espace membres sur le site web de l'AIDQ. Un profil membre sera créé à leur nom. Le représentant peut aller modifier son profil avec le code d'accès qui lui sera transmis à la suite de l'adhésion de l'organisme.

S.v.p. compléter le nombre de boîtes ci-dessous selon le nombre de droits de vote et d'accès à l'Espace membres déterminé par votre chiffre d'affaires.

Représentant 1

Nom
Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut)
Téléphone
Courriel

Représentant 2

Nom
Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut)
Téléphone
Courriel

Représentant 3**Nom****Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut)****Téléphone****Courriel****Représentant 4****Nom****Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut)****Téléphone****Courriel****Représentant 5****Nom****Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut)****Téléphone****Courriel****Représentant 6****Nom****Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut)****Téléphone****Courriel****Représentant 7****Nom****Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut)****Téléphone****Courriel****Représentant 8****Nom****Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut)****Téléphone****Courriel**

Représentant 9

Nom Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut) Téléphone Courriel

Représentant 10

Nom Adresse (si elle diffère de celle indiquée plus haut) Téléphone Courriel

Date de la demande : _____

Signature : _____