

Formulaire

S'IMPLIQUER À LA CLINIQUE

Coordonnées

Nom :

Téléphone : Code postal :

Courriel :

J'autorise la Clinique à communiquer avec moi et m'envoyer des nouvelles de ses services et activités. Oui

Les possibilités d'implication qui m'intéressent

Cochez les cases qui s'appliquent.

- Rester informé · e et m'impliquer de temps en temps, selon les besoins
- Devenir membre de la Clinique
- Devenir administrateur ou administratrice de la Clinique
- Devenir usager ou usagère partenaire
- Me joindre au Comité des usagers et des usagères
- Me joindre au Comité des membres
- Me joindre au Comité de lutte en santé
- J'ai d'autres idées :

SVP retourner le formulaire dûment complété par courriel :
implication.psch@ssss.gouv.qc.ca ou en personne au **500, avenue Ash**
Pour toute information, téléphoner au 514 937-9251, poste 7230

