



Association québécoise
des classifications
de soins infirmiers

Demande d'adhésion

Date : ____ / ____ / ____
an mois jour

Nom Prénom

Adresse

Ville Province Pays

Code postal

Téléphone Courriel

Employeur

Principale fonction

Adresse de l'employeur

Ville Province Pays

Code postal

Téléphone Site Internet

Chèque ou mandat de poste à l'ordre de l'AQCSI

AQCSI
À l'attention de : Madame Danielle Schmouth
10 555, avenue de Bois-de-Boulogne
Montréal (Québec)
H4N 1L4

Cotisation annuelle : 35\$ Can
Étudiants : 20\$ Can

www.aqcsi.org