



CENTRE D'ASSISTANCE  
ET D'ACCOMPAGNEMENT  
*aux plaintes*  
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

## Formulaire pour devenir membre CORPORATIF du CAAP-AT

Devenez membre, joignez-vous au CAAP-AT et faites partie d'un groupe de personnes et d'organismes qui ont à cœur l'amélioration de la qualité des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux et le respect des droits des usagers.

L'adhésion est gratuite et vous permettra, entre autres, d'être invité à assister à notre assemblée générale annuelle. Elle prendra effet à la suite de son approbation par notre conseil d'administration.

Également, si vous désirez avoir droit de vote lors de notre assemblée générale annuelle et la possibilité de siéger à notre conseil d'administration, vous devez remplir la partie **Désignation d'un(e) représentant(e) du membre corporatif** au verso. Elle doit être remplie par une personne en autorité (**autre que la personne désignée**), à la direction ou au conseil d'administration.

<b>Nom du membre CORPORATIF</b> (organisme)	
<b>Nom du responsable</b> (s'il n'y a pas de représentant désigné)	

### COORDONNÉES DE L'ORGANISME

<b>Adresse</b>	
<b>Ville</b>	
<b>Code postal</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Courriel*</b>	

*\* De l'organisme ou du responsable ou du représentant désigné, au choix.*



Nous consentons à recevoir par courriel l'infolettre du CAAP-AT, laquelle comprend des informations concernant les activités puis les services du CAAP-AT et renseignements sur le réseau de la santé et des services sociaux. Il est possible de retirer son consentement à tout moment.



Nous ne désirons pas recevoir l'infolettre du CAAP-AT.

Pour plus d'information, n'hésitez pas à communiquer avec nous au numéro **819 797-2433** (sans frais 1 877 767-2227).

Les renseignements contenus dans le présent formulaire sont recueillis pour le compte du CAAP-AT seulement.

## DÉSIGNATION D'UN(E) REPRÉSENTANT(E) DU MEMBRE CORPORATIF

**Important : Doit être rempli par une personne en autorité AUTRE que la personne désignée, soit au conseil d'administration ou à la direction selon le cas.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (votre nom), occupant la fonction de \_\_\_\_\_, désigne M./Mme \_\_\_\_\_

(nom de la personne qui représente le membre corporatif), pour représenter \_\_\_\_\_ (nom de l'organisme) comme

membre corporatif du CAAP-AT. Cette nomination octroie à la personne désignée tous les avantages accordés aux membres réguliers, dont le droit de vote lors de l'assemblée générale du CAAP-AT comme stipulé dans les règlements généraux\*. Tout membre corporatif peut en tout temps destituer son(sa) représentant(e) en avisant le CAAP-AT par écrit puis désigner un(e) remplaçant(e) s'il le désire en remplissant un nouveau formulaire de désignation.

Signée à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.  
(lieu) (date)

\_\_\_\_\_  
Signature

**\* Tout membre corporatif qui n'a pas de représentant(e) désigné(e) n'a pas droit de vote lors de l'assemblée générale annuelle du CAAP-AT et ne peut siéger au conseil d'administration.**