



## CAAP-Capitale-Nationale

Formulaire de demande d'adhésion /Organisme membre

---

### Pourquoi devenir membre?

En soutenant la mission du CAAP vous vous assurez d'être informé sur vos droits et recours. De plus, vous contribuez à créer un réseau d'influence en faisant partie d'un groupe de personnes et d'organismes ayant à cœur le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

---

Nom du membre: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Site Internet : \_\_\_\_\_

Personne responsable : \_\_\_\_\_

Mission de votre organisme : \_\_\_\_\_

---

Cette demande d'adhésion a été étudiée lors de la réunion du conseil d'administration du \_\_\_\_\_, lequel confirme cette demande et souscrit à la mission du CAAP-Capitale-Nationale.

---

Nom du président

---

Signature du président

Votre inscription à titre de membre ne nécessite aucuns frais de votre part. De plus, votre adhésion se renouvellera chaque année.

---

Les Halles Fleur de Lys  
245 rue Soumande, local 295  
Québec (Qc) G1M 3H6

418 681-0088  
1 877 767-2227  
[plaintes03@capitalenationale.org](mailto:plaintes03@capitalenationale.org)  
[www.caap-capitalenationale.org](http://www.caap-capitalenationale.org)