



REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS EN SOINS INTENSIFS DU QUÉBEC

Demande de bourse

Andrée Coulombe

Veillez s'il-vous-plaît compléter ce formulaire en caractère d'imprimerie.

Identification du demandeur

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de permis OIIQ : _____

Adresse complète : _____ (numéro civique, rue, apt.) Ville : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : (____) _____ - _____ Employeur : _____

Coordonnées du supérieur

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro de téléphone (Bureau) : (____) _____ - _____

Courriel : _____

Informations relatives aux critères de participation

Membre en règle du RIISIQ depuis : _____ Date d'obtention : _____

Titre de la certification obtenue : _____

Support financier du CH ou autre organisme : OUI NON

Preuve de réussite fournie : OUI NON

Réservé au RIISIQ

No. chèque : _____ Montant : _____ Date : _____ Motif : _____

Approuvé par : _____ Date : _____

*Veillez faire parvenir ce formulaire au RIISIQ, à l'attention de madame Pénélope Davignon à l'adresse suivante :
penelope.davignon@riisiq.qc.ca*

Signature : _____ Date : _____