



REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS EN SOINS INTENSIFS DU QUÉBEC

Demande de bourse « Andrée Coulombe »

S.V.P. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (no. rue, app) : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Tel. (domicile) _____

No de permis OIIQ : _____

Nom du Centre Hospitalier : _____

Coordonnées du chef de service :

Nom : _____

Prénom : _____

Tel. (bur) : _____

Courriel : _____

Informations relatives aux critères de participation

Membre en règle du RIISIQ depuis : _____

Titre de la certification canadienne : _____

Date d'obtention: _____

Preuve de réussite fournie: OUI NON

Support financier du CH ou d'un autre organisme : OUI NON

Réservé au RIISIQ

No. chèque : _____

Montant : _____

Date : _____

Motif : _____

Approuvé par : _____

Veuillez faire parvenir ce formulaire au RIISIQ,
à l'attention de

Mme Marie-Pier Lehoux
6651 de Bordeaux
Montréal, QC
H2G 2S2

X

Votre signature

Date