



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: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Support financier du CH ou d'un autre organisme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

Réservé au RIISIQ

| |
|----------------|
| No. chèque : |
| Montant : |
| Date : |
| Motif : |
| Approuvé par : |
| |
| |

Veuillez faire parvenir ce formulaire au RIISIQ,
à l'attention de M^{me} Stéphanie Dupuis à
l'adresse suivante :

Stephanie.dupuis@riisq.qc.ca

X _____
Votre signature Date