
ENTENTE
« DROIT DE REPRODUCTION DE DOCUMENT »

ENTRE

Nom de l'établissement

ayant son siège social au

Adresse

Ville

Code postal

ci-après appelé : _____
abréviation/acronyme

ici représenté par

M./M^{me} (nom de la personne), (titre),
dûment autorisé(e) aux fins des présentes

ET

**L'ASSOCIATION PARITAIRE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL
DU SECTEUR AFFAIRES SOCIALES**

ayant son siège social au 5100, rue Sherbrooke Est, bureau 950,
Montréal (Québec) H1V 3R9

Téléphone : 514 253-6871 ou 1 800 361-4528 Télécopieur : 514 253-1443

ci-après appelée « l'ASSTSAS »

ici représentée par
M^{me} Micheline Choinière, secrétaire générale,
dûment autorisée aux fins des présentes

1. OBJET DE L'ENTENTE

Autoriser l'établissement à reproduire le document suivant :

<input checked="" type="checkbox"/>	Titre du document à reproduire (cahier du participant)	Code	Fichier PDF sur CD	Original papier	Coût
<input type="checkbox"/>	<i>PDSB</i> , version française (incluant <i>Postures de travail sécuritaires à domicile et autonomie des personnes</i>)	(CP34) + (CP2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70 \$
<input type="checkbox"/>	<i>PDSB</i> , version anglaise (incluant <i>Safe working positions in home care and ways to facilitate client independence</i>)	(CP34A) + (CP2A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70 \$
<input type="checkbox"/>	Prévention des infections : intégration des pratiques de base	(CP24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 \$

2. CONDITIONS DE L'ENTENTE

- Ce document sera utilisé pour des fins de reproduction dans le cadre d'une formation dans l'établissement.
- Ce document doit être utilisé intégralement et ce droit de reproduction ne peut être transféré en aucun cas.
- Ce contrat peut être résilié en tout temps si la personne signataire ne respecte pas les conditions du présent contrat.

3. DURÉE ET COÛT DE L'ENTENTE

La présente entente est valide pour une durée de deux (2) ans, à compter de la date de sa signature, et ce, au coût indiqué par titre, y compris les mises à jour qui pourraient se faire à l'intérieur de cette même période.

En foi de quoi, les parties ont signé, à _____ ce ____^e jour de _____ 20__.

pour l'établissement

pour l'ASSTSAS

Signature

Signature

Nom (lettres moulées)

Micheline Choinière
Secrétaire générale

Nom

Tél : _____ poste : _____

Télec. : _____ Courriel : _____