

Conférence des IAA

4-6 mars 2024

O C H U

ONTARIO COUNCIL OF HOSPITAL UNIONS

CUPE

Ce formulaire d'inscription tient lieu d'avis que :

La section locale n° _____ a choisi les personnes ci-après pour participer au le conférence des IAA 2024 du le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario.

NOMBRE DE DÉLÉGUÉ : _____
260 \$ pour chaque délégué

RÉGION N° : _____

TOTAL: _____ \$

Veillez libeller les chèques à l'ordre de l'OCHU.

NOM	COURRIEL

Soumis par la section locale n° _____

PRÉSIDENTE OU PRÉSIDENT

SIGNATURE

COURRIEL

TÉLÉPHONE

Veillez renvoyer ce formulaire d'inscription au CSHO par la poste, ou par courriel :

ATTN: Sharon Richer
261, rue Gerrard Est
Toronto, ON M5A 2G1

Courriel: admin@ochu.on.ca