

---

---

**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<sup>me</sup> (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 7400, boul. des Galeries d'Anjou, bureau 600  
Montréal (Québec) H1M 3M2

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

ci-après appelée « l'ASSTSAS »

ici représentée par  
M<sup>me</sup> Diane Parent, directrice générale,  
dûment autorisée aux fins des présentes

## 1. OBJET DE L'ENTENTE

Autoriser (abréviation/acronyme établissement) à reproduire le document suivant :

**Titre du document :** Approche relationnelle de soins (Cahier du participant)

**Format :** Fichier numérique

## 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 le soussigné 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 de 50 \$, 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 \_\_\_\_\_ jour du mois de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

**Pour l'établissement :**

**Pour l'ASSTSAS :**

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Signature*

\_\_\_\_\_  
*Nom (lettres moulées)*

Diane Parent, directrice générale

\_\_\_\_\_  
*Nom (lettres moulées)*

Tél. : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Télec. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_