



## PRIX RECONNAISSANCE DE L'INNOVATION

Formulaire de mise en candidature  
À retourner à l'Association au plus tard le 4 septembre 2009

1. Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
(numéro et rue) (Ville) (Code postal)

2. Titre de l'innovation présentée ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Résumez cette innovation en quelques lignes (maximum une page) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. En quelques lignes (maximum une page), résumez quels sont les principaux gains suscités par cette innovation (gains de productivité, amélioration de la qualité des services, de la qualité de vie au travail, de la concertation avec d'autres établissements, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Dans le but de faire connaître à l'échelle nationale votre innovation et le processus suivi, accepteriez-vous de faire une présentation lors du prochain colloque de l'Association?

Oui

Non

6. Nom de la personne de votre service ou de l'établissement à contacter pour la suite des démarches en lien avec l'innovation présentée ?

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone (code régional) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Nom d'un des membres de l'Association : \_\_\_\_\_

Pour plus d'information, n'hésitez pas à nous contacter à : **APER santé et services sociaux**,  
3745 rue St-Jacques, bureau 216, Montréal (Québec) H4C 1H3  
Téléphone : (514) 933-4118 Télécopieur : (514) 933 2397 Courriel : [association@aper.qc.ca](mailto:association@aper.qc.ca)

**APER**  
SANTÉ ET  
SERVICES  
SOCIAUX