



Société canadienne du cancer

Registre d'activité des partenaires patients

En tant que partenaire patient estimé de la Société canadienne du cancer (SCC), votre contribution et votre temps sont précieux pour nous. Afin de nous assurer que vos heures sont consignées adéquatement, nous vous demandons d'utiliser la présente feuille de suivi pour noter toutes les activités que vous menez pour la SCC. Veuillez consulter les politiques et procédures concernant la rémunération des partenaires patients pour en savoir davantage sur les taux ainsi que les options de paiement qui vous sont offertes. Veuillez soumettre ce formulaire à votre agent de liaison de la SCC tous les trois mois ou au moment convenu pour que nous puissions rapidement vous remettre votre paiement dans le format que vous préférez. Les chèques seront postés à l'adresse inscrite sur votre demande. Veuillez noter que 5 à 10 jours sont généralement nécessaires pour traiter votre paiement, en plus du temps d'expédition. Merci pour votre soutien et votre contribution à la SCC. Votre partenariat est important pour nous!

Prénom et nom de famille :

Période de l'engagement (p. ex. janvier à avril 2022) :

Registre d'engagement :

Nom de l'activité (p. ex. évaluation des concours de financement de la recherche)	Description (p. ex. rencontre du jury, évaluation de documents, kilométrage)	Date de l'activité (p. ex. 10 janvier 2023)	Taux de rémunération	Nombre d'heures
			Total d'heures	
			Paiement total	\$

Format de paiement préféré :

- Je souhaite accepter un paiement sous forme d'argent (chèque) pour ma contribution totale
- Je souhaite accepter un paiement sous forme d'argent (transfert électronique de fonds [TEF]) pour ma contribution totale – *veuillez remplir le formulaire sur les renseignements bancaires.*
- Je souhaite accepter un paiement sous forme de carte-cadeau pour ma contribution totale (veuillez fournir une liste des cartes-cadeaux souhaitées) : _____
- Je souhaite accepter un paiement sous forme d'argent (chèque/TEF) et en nature (veuillez préciser) : _____
- Je souhaite accepter un paiement sous forme de carte-cadeau et en nature (veuillez préciser) : _____
- Je ne souhaite pas recevoir de paiement.
- Autre (veuillez préciser) : _____

Demandes spéciales :

Veuillez décrire toute demande spéciale que vous pourriez avoir pour la réception du paiement pour votre contribution.

Fréquence de paiement préférée :

- Veuillez traiter mon paiement à la réception du présent formulaire.
- Veuillez enregistrer mes heures pour le moment; je vous informerai du moment où je souhaite recevoir mon paiement.
(Les heures peuvent être enregistrées jusqu'à la fin de l'année civile.)
- Je ne souhaite pas recevoir de paiement.

En signant ci-dessous, vous reconnaissez avoir accompli le travail décrit ci-dessus et acceptez de recevoir une reconnaissance dans le format de paiement préféré indiqué ci-dessus.

Vie privée et confidentialité

Je comprends que les renseignements personnels fournis ci-dessous seront recueillis par la SCC et serviront uniquement à des fins de paiement. Ils seront conservés de façon sécuritaire dans le réseau de la SCC. L'employé de la SCC et le membre de l'équipe des finances qui travaillent avec moi seront les seuls qui pourront y accéder. Cette information sera utilisée et partagée uniquement pour les raisons indiquées ci-dessous ou selon les exigences de la loi. Les renseignements seront détruits après 3 ans d'inactivité (3 ans après la fin de mon engagement avec la SCC). Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de confidentialité, visitez <https://cancer.ca/fr/privacy-policy>.

Prénom et nom de famille : _____

Adresse postale : _____

Numéro d'assurance sociale (s'il y a lieu) : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Signature

Date