

# PROTOCOLE D'ENTENTE

entre

(Nom de l'établissement)  
Ci-après Dénommé "l'Établissement"

et

**le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail  
(ci-après dénommé CCHST),**

établissement public du gouvernement du Canada, constitué en personne morale en vertu des lois canadiennes.

Le CCHST fournit de l'information sur tous les aspects de la santé et de la sécurité du milieu de travail. Le CCHST souhaite travailler avec l'Établissement pour assurer la santé et la sécurité du milieu de travail et aider les étudiants à acquérir des compétences et des connaissances en matière de santé et de sécurité au travail. Le CCHST permet à l'Établissement, moyennant des droits d'abonnement très abordables, de mettre à la disposition de ses étudiants, chercheurs, professeurs et employés une sélection d'informations en ligne.

Six bases de données ont été choisies pour leur utilité aux établissements d'enseignement supérieur:

MSDS plus CHEMINFO  
FTSS  
RTECS®  
OSHLINE™ avec NIOSHTIC®  
HSELINE

Le CCHST fournira un abonnement annuel, y compris des mises à jour, à ces bases de données sur CD-ROM (avec un logiciel d'installation sur le réseau) ou sur le World Wide Web. Le CCHST fournira également aux utilisateurs des documents imprimés, un service à la clientèle et de l'aide technique par l'entremise de son service d'aide téléphonique sans frais.

## CONDITIONS

L'Établissement désignera un cadre supérieur qui endossera le programme et qui veillera à ce que les bases de données susmentionnées et leurs mises à jour soient facilement accessibles aux étudiants, au corps professoral et au personnel de recherche sur le réseau informatique de l'Établissement. Les bases de données seront utilisées conformément aux modalités d'utilisation établies par le CCHST [Annexe A (WWW) ou Annexe A (CD-ROM)]. À la fin de la période d'abonnement, l'Établissement fera part au CCHST de ses commentaires sur l'utilisation des bases de données en remplissant le formulaire se trouvant à l'Annexe B. L'Établissement paiera au CCHST un droit d'abonnement annuel calculé selon le nombre d'étudiants inscrits à temps plein :

- Groupe A : moins de 50 000 étudiants = 1 000 \$
- Groupe B : de 50 000 à 100 000 étudiants = 2 000 \$
- Groupe C : plus de 100 000 étudiants = 3 000 \$

## DURÉE ET CESSATION

Le paiement intégral du droit annuel doit être effectué dans un délai de trente (30) jours à l'ordre du CCHST, aux soins de : Directeur des finances, CCHST, 250, rue Main Est, Hamilton (Ontario), L8N 1H6. Le paiement doit être effectué en dollars canadiens pour le Canada, et en dollars américains pour les États-Unis et les autres pays.

\*Le prix des produits livrés à l'extérieur du Canada est payable en dollars américains.

Le présent protocole d'entente sera en vigueur pendant un an à compter de la date indiquée. Il sera automatiquement renouvelé pour une période d'un an à la fois, à moins que l'une des parties ne donne à l'autre un avis de cessation écrit au moins soixante (60) jours avant l'échéance de l'abonnement.

L'Établissement peut en tout temps mettre fin à cette entente en envoyant un avis écrit au CCHST. Au moment de la cessation, l'Établissement s'engage à ne plus rendre les bases de données accessibles dans son réseau électronique.

Le CCHST peut en tout temps résilier la présente entente si l'Établissement manque de remédier à une violation substantielle à la présente entente dans les trente (30) jours suivant la date à laquelle le CCHST lui a fait parvenir une mise en demeure par écrit.

## AVIS ET COMMUNICATIONS

Les avis concernant la présente entente doivent être livrés par écrit aux adresses indiquées ci-après ou à une autre adresse fournie par la partie concernée:

Pour l'Établissement: .....

Pour le CCHST:       Président et chef de la direction, CCHST

EN FOI DE QUOI, les officiers dûment autorisés de l'Établissement et du CCHST ont signé le présent protocole d'entente aux dates indiquées ci-après

Pour l'Établissement:

Nom ..... Titre .....

Signature ..... Date .....

Pour le CCHST:

Nom ..... Titre .....

Signature ..... Date .....



Date .....

SELECTION(S)	PRIX	QUANTITÉ	TOTAL PARTIEL
<b>Programme de soutien à l'Éducation</b>			
<input type="checkbox"/> Groupe A : moins de 50 000 étudiants	1 000 \$	_____	_____
<input type="checkbox"/> Groupe B : de 50 000 à 10 000 étudiants	2 000 \$	_____	_____
<input type="checkbox"/> Groupe C : plus de 1000 000 étudiants	3 000 \$	_____	_____
<b>Supplements</b>			
Legislation			
<input type="checkbox"/> Nationale	1 500 \$	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nationale plus Standards	2000 \$	_____	_____
<input type="checkbox"/> Regional (Ontario / Eastern Canada / Western Canada)	595 \$	_____	_____
<input type="checkbox"/> Régionale plus Standards	895 \$	_____	_____
<input type="checkbox"/> Encyclopédie BIT, 4 <sup>e</sup> édition	600 \$ us	_____	_____
<input type="checkbox"/> CISILO	300 \$	_____	_____
			Total partiel .....
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Système</b>   <input type="checkbox"/> CD-ROM   <input type="checkbox"/> Internet         </div>			TVP applicable .....
<small>La TPS (ou la TVP selon le cas) doit être payée sur les commandes canadiennes de CD. TPS n° 12 1491807/RT0030</small>			TVP 7% au Canada seulement .....

**TOTAL** .....  CDN  USD

**DÉTAILS DE FACTURATION ET D'EXPÉDITION**



**QUESTIONNAIRE**

En répondant au questionnaire suivant, vous nous aiderez à améliorer nos services.

**Quelle serait la meilleure description de votre poste/service?**

- Réglementation
- Hygiène industrielle
- Chimie / recherche / science
- Génie / production / opérations
- Gestion / administration
- Sécurité / santé / incendie / urgence
- Médecine
- Bibliothèque
- Autre .....

**MODALITÉS DE PAIEMENT**

Chèque ou mandat ci-joint fait à l'ordre du CCHST (tiré sur une banque du Canada ou des États-Unis).

**Nota:** Les produits expédiés à l'extérieur du Canada doivent être payés en dollars US.

N° de bon de commande

N° de carte  Visa  Mastercard  Amex

Nom du détenteur de carte Date d'expiration

Signature

**FACTURER À :**  Nouvelle commande  Renouvellement Client no. ....

Nom ..... Titre .....

Organisation .....

Adresse .....

Ville ..... Province/État .....

Pays ..... Code postal .....

Tél. ( ..... ) Fax ( ..... )

Courriel .....

**SHIP TO:**  Same as above

Nom ..... Titre .....

Organisation .....

Adresse .....

Ville ..... Province/État .....

Pays ..... Code postal .....

Tél. ( ..... ) Fax ( ..... )

Courriel .....