**Nouvelle organisation de l’infrastructure de recherche numérique (NOIRN)**

**Liste de vérification de l’admissibilité**

Nom de l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez vérifier que vous répondez bien aux critères d’admissibilité des membres votants de la NOIRN :

|  |  |
| --- | --- |
| **Critères** | **Oui/Non** |
| Établissement public d’enseignement postsecondaire décernant des grades ou des diplômes |  |
| Hôpital de recherche ou établissement affilié qui répond aux exigences institutionnelles des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) |  |
| Admissibilité aux subventions des trois organismes; signataire de l’Entente sur l’administration des subventions et des bourses des organismes par les établissements de recherche |  |

**Sélection de catégorie d’adhésion : membre votant ou non-votant**

|  |  |
| --- | --- |
| **Catégorie d’adhésion** | **X** |
| Membre avec droit de vote (principal) |  |
| Membre sans droit de vote (associé) |  |

**A. Membres avec droit de vote**

**Demande d’adhésion à titre de membre avec droit de vote**

|  |
| --- |
| Nom de l’établissement : |
| Nom du représentant principal : |
| Titre : |
| Adresse de courriel : |
| Adresse postale : |
| Numéro de téléphone principal : |
| Nom du représentant secondaire : |
| Titre : |
| Adresse de courriel : |
| Adresse postale : |
| Numéro de téléphone principal : |

**Barème de cotisation des membres avec droit de vote**

Pour calculer la cotisation exigible, vérifiez la fourchette des revenus de recherche de votre établissement, établie d’après les revenus de recherche autodéclarés et vérifiables que l’établissement a reçus des trois organismes au cours du dernier exercice financier (2018-2019). Si vous êtes membre de Calcul Canada, vous pouvez déduire le montant de votre cotisation 2020-2021 à cette organisation de celle payable à la NOIRN, étant donné qu’il s’agit d’une année de transition.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| X | Fourchette des revenus de recherche | Cotisation |
|  | Plus de 20 M$ | 15 000 $ |
|  | De 10 M$ à 20 M$ | 13 000 $ |
|  | De 5 M$ à <10 M$ | 11 000 $ |
|  | De 2 M$ à <5 M$ | 8 000 $ |
|  | Moins de 2 M$ | 5 000 $ |
|  | Moins la cotisation 2020-2021 à Calcul Canada |  |
|  | Total |  |

**B. Membre associé sans droit de vote**

**Demande d’adhésion à titre de membre associé**

|  |
| --- |
| Nom de l’établissement : |
| Nom du représentant principal : |
| Titre : |
| Adresse de courriel : |
| Adresse postale : |
| Numéro de téléphone principal : |
| Nom du représentant secondaire : |
| Titre : |
| Adresse de courriel : |
| Adresse postale : |
| Numéro de téléphone principal : |

**Barème de cotisation des membres associés**

Les établissements admissibles qui optent pour un statut de membre sans droit de vote payent une cotisation forfaitaire annuelle (500 $ pour la première année d’adhésion). Les membres associés doivent être approuvés par le conseil d’administration de la NOIRN.

**Dates limites**

Veuillez envoyer votre formulaire de demande dûment rempli, signé par une personne autorisée, au plus tard le **vendredi 24 janvier 2020**, à NDRIO-NOIRN@engagedri.ca, en indiquant l’objet : **Demande d’adhésion [nom de votre organisation].**

Le respect de cette date limite est impératif. Nous devons déterminer la composition de l’organisation pour la prochaine assemblée générale des membres qui aura lieu en février 2020 et où les membres avec droit de vote pourront élire le premier conseil d’administration.

Pour le prochain exercice, votre établissement sera facturé avant le 1er avril 2020. Le paiement sera exigible au plus tard le 29 mai 2020. Veuillez noter que tous les membres dont l’adhésion aura été confirmée et qui auront payé leur inscription auront le droit de participer à l’assemblée générale annuelle de l’automne 2020.

Pour toute question, envoyer un courriel à [NDRIO-NOIRN@engagedri.ca](mailto:NDRIO-NOIRN@engagedri.ca).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Date

Titre de la personne autorisée à signer