

# FORMULAIRE D'ADHÉSION



## INFORMATIONS PERSONNELLES

PRÉNOM	NOM	RÉGION ADMINISTRATIVE
ADRESSE (RÉSIDENCE)	VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	CELLULAIRE	COURRIEL (PERSONNEL)

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

EMPLOYEUR	TITRE	CLASSE SALARIALE #
ADRESSE	VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE	POSTE	COURRIEL
ASSOCIATION (S) OU ORDRE PROFESSIONNEL DONT VOUS ÊTES MEMBRE		

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE L'APER?

- SITE WEB       INFO-CADRE       MEMBRE       COLLÈGUE       AUTRE (SPÉCIFIEZ):

Par la présente, je demande mon adhésion comme membre de l'APER santé et services sociaux.

DATE

Le présent formulaire, de même que l'autorisation de retenue à la source doivent être acheminés à l'APER ou remis au service des ressources humaines. *Taux de cotisation (suivre ce lien)*

# AUTORISATION DE RETENUE À LA SOURCE



Considérant l'article 3 du « *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et des services sociaux* » j'autorise mon établissement à effectuer des prélèvements à la source de la cotisation professionnelle de l'APER.

Le taux de cotisation est indiqué sur le site web de l'APER ([aper.qc.ca](http://aper.qc.ca)) sous : *adhésion / devenir membre actif APER / taux de cotisation*.

Le versement à l'Association des sommes perçues par l'employeur s'effectuera dans les quinze jours suivant la fin de chacune des treize (13) périodes comptables de l'année financière.

La présente autorisation est révoquée moyennant un préavis écrit de trois mois reçu par l'APER.

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
(LETTRES MOULÉES)

Autorise mon employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIGNÉ

\_\_\_\_\_

VILLE

\_\_\_\_\_

DATE