

# 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)*