

FORMULAIRE D'ADHÉSION



INFORMATIONS PERSONNELLES

PRÉNOM	NOM	DATE DE NOMINATION
ADRESSE (RÉSIDENCE)	VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	CELLULAIRE	COURRIEL (PERSONNEL)

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

EMPLOYEUR	TITRE	CADRE EN INTÉRIM OU PERMANENT
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. *

*Vous ne devez pas être en situation de litige avec votre employeur au moment de votre adhésion.

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)