

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 de 470,55\$ par année payable à raison de treize (13) versements correspondants à 36,20\$ par période de 4 semaines. 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.

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

à _____
VILLE

LE _____
DATE