

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)*