

MEMBRE RÉGULIER FORMULAIRE D'ADHÉSION

Veillez imprimer, remplir (en caractère d'imprimerie) et nous retourner ce formulaire.

*J'autorise l'APRFAE à transmettre les informations marquées d'un * à mon syndicat d'origine. _____
signature

*Nom : _____ femme homme Téléphone : _____

*Prénom : _____ Courriel : _____

*Adresse : _____ Date de naissance : _____
AAAA/MM/JJ

*Ville : _____ Date *réelle* de la prise de la retraite : _____

*Code postal : _____ Date *prévue* de la prise de la retraite : _____

Membre régulier

Dernier employeur : _____

Dernier emploi occupé : _____

Quel est votre régime de retraite?
(RREGOP, RRE, FFR, etc.) _____

Syndicat d'origine : _____

N.B. : « Ne peut être membre régulier : une personne qui est membre d'une association de personnes retraitées liée à une autre organisation de type syndical. »

Mode de paiement

RETENUE MENSUELLE OBLIGATOIRE À RETRAITE QUÉBEC (4 \$/mois)

Numéro d'assurance sociale : _____

Date : _____

Signature : _____

(Signature obligatoire afin d'autoriser Retraite Québec à divulguer tout changement d'adresse.)

Je pourrai en tout temps, après avis écrit de 30 jours à l'APRFAE, révoquer cette autorisation. L'APRFAE a la responsabilité d'en informer Retraite Québec qui est déchargée de toute responsabilité à cet égard.

Modes de transmission

Par envoi postal : 
APRFAE
100-8550, boulevard Pie-IX
Montréal (Québec) H1Z 4G2
(Tél. : 514-666-6969)

Par courriel
(document signé et numérisé)
retraites@aprfae.ca

Par télécopieur :



(514) 666-6770