

MEMBRE ASSOCIÉ

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Veillez cocher :

- La conjointe ou le conjoint, au sens de la loi, du membre régulier.* _____
Nom du membre régulier
- La conjointe ou le conjoint survivant, au sens de la loi du membre régulier.* _____
Nom du membre régulier
- La personne retraitée ayant été membre d'un syndicat affilié à la FAE et qui est membre d'une autre association de personnes retraitées liée à une organisation syndicale.*
Syndicat d'origine : _____ Date de la retraite : _____

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

Nom : _____ femme homme Téléphone : _____

Prénom : _____ Courriel : _____

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

Ville : _____

Code postal : _____

COTISATION ANNUELLE (15 \$)

UN SEUL MODE DE PAIEMENT : PAR CHÈQUE, ANNUELLEMENT (RENOUVELLEMENT LE 1^{ER} JANVIER DE CHAQUE ANNÉE), LIBELLÉ À L'ORDRE DE L'APRFAE

Veillez joindre votre premier chèque de 15 \$ à ce formulaire.

Mode de transmission

Par envoi postal :



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