

Formulaire d'adhésion

Valide pour 5 ans (à partir de la date de la demande)

Nom complet _____

Nom de votre entreprise
ou organisme
(si applicable) _____Adresse
(domicile ou place d'affaires) _____

Municipalité _____

Courriel _____

Téléphone _____

Catégorie de membre (cochez s.v.p.) *

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> partenaire | <input type="checkbox"/> client |
| <input type="checkbox"/> individuel | <input type="checkbox"/> collaborateur |

Commentaires

Date : _____ Signature : _____

** En cas de non-conformité, il appartient au conseil d'administration de modifier la catégorie de membre.*