



CP 54022 Marie-de-l'Incarnation
Québec (Québec) G1N 4T1
Sans frais : 1 866 527-5041
secretaire@apsaq.ca / www.apsaq.ca

Année 2018-2019
Membre corporatif (388 \$)

Le membre corporatif reçoit 5 cartes de membre à remettre à son personnel de soutien administratif. Cependant, une seule personne désignée a le droit de vote lors de l'assemblée générale annuelle et est éligible comme administratrice de l'APSAQ. Toutes les personnes qui reçoivent une carte bénéficient des mêmes avantages et privilèges que les membres agréées.

Employeur (Personne de référence pour la facturation)

Organisme: _____

Personne de référence : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Courriel : _____

Transmission et paiement

Votre demande d'adhésion doit être transmise par courriel à secretaire@apsaq.ca ou par la poste.

La facturation sera envoyée au nom de l'employeur. Le paiement sera effectué par Chèque Paypal

Personne 1 (cette personne agira comme représentante lors de l'assemblée générale)

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ No membre : _____ Date d'anniversaire : _____

Résidence

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____

Scolarité associée au personnel de soutien administratif

Établissement : _____

Nom du diplôme : _____ Niveau : Secondaire Collégial Universitaire Année : _____

Signature : _____ Date : _____

Autorisations

Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information par courriel? Oui Non

Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information de ses partenaires, soit par courriel ou par la poste? Oui Non

Acceptez-vous que votre nom, votre employeur et votre courriel soient publiés dans le bottin des membres? Oui Non

Êtes-vous intéressées à vous impliquer au sein de votre association? Oui Non

Espace réservé à l'APSAQ

Réception :

Réponse :

Facture :

Reçu :

*****Veuillez noter que la période effective d'adhésion ou de renouvellement est du 1^{er} juin 2018 au 31 mai 2019.*****

Personne 2

Nom : _____ Prénom : _____
Fonction : _____ No membre : _____ Date d'anniversaire : _____

Résidence

Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____

Scolarité associée au personnel de soutien administratif

Établissement : _____
Nom du diplôme : _____ Niveau : Secondaire Collégial Universitaire Année : _____
Signature : _____ Date : _____

Autorisations

Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information par courriel? Oui Non
Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information de ses partenaires, soit par courriel ou par la poste? Oui Non
Acceptez-vous que votre nom, votre employeur et votre courriel soient publiés dans le bottin des membres? Oui Non
Êtes-vous intéressées à vous impliquer au sein de votre association? Oui Non

Personne 3

Nom : _____ Prénom : _____
Fonction : _____ No membre : _____ Date d'anniversaire : _____

Résidence

Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____

Scolarité associée au personnel de soutien administratif

Établissement : _____
Nom du diplôme : _____ Niveau : Secondaire Collégial Universitaire Année : _____
Signature : _____ Date : _____

Autorisations

Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information par courriel? Oui Non
Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information de ses partenaires, soit par courriel ou par la poste? Oui Non
Acceptez-vous que votre nom, votre employeur et votre courriel soient publiés dans le bottin des membres? Oui Non
Êtes-vous intéressées à vous impliquer au sein de votre association? Oui Non

Personne 4

Nom : _____ Prénom : _____
Fonction : _____ No membre : _____ Date d'anniversaire : _____

Résidence

Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____

Scolarité associée au personnel de soutien administratif

Établissement : _____
Nom du diplôme : _____ Niveau : Secondaire Collégial Universitaire Année : _____
Signature : _____ Date : _____

Autorisations

Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information par courriel? Oui Non
Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information de ses partenaires, soit par courriel ou par la poste? Oui Non
Acceptez-vous que votre nom, votre employeur et votre courriel soient publiés dans le bottin des membres? Oui Non
Êtes-vous intéressées à vous impliquer au sein de votre association? Oui Non

Personne 5

Nom : _____ Prénom : _____
Fonction : _____ No membre : _____ Date d'anniversaire : _____

Résidence

Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____

Scolarité associée au personnel de soutien administratif

Établissement : _____
Nom du diplôme : _____ Niveau : Secondaire Collégial Universitaire Année : _____
Signature : _____ Date : _____

Autorisations

Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information par courriel? Oui Non
Autorisez-vous l'APSAQ à vous faire parvenir de l'information de ses partenaires, soit par courriel ou par la poste? Oui Non
Acceptez-vous que votre nom, votre employeur et votre courriel soient publiés dans le bottin des membres? Oui Non
Êtes-vous intéressées à vous impliquer au sein de votre association? Oui Non