DEMANDE D'ADHÉSION ORGANISATIONNELLE
ORGANISME DE BIENFAISANCE OU OSBL

Veuillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPDP dans la catégorie suivante :
Adhésion organisationnelle - organisme de bienfaisance ou OSBL.
Cette catégorie convient aux organismes enregistrés de façon indépendante désirant faire adhérer plusieurs de leurs employés.

- Minimum de quatre adhésions;
- Une facture unique sera adressée à l'organisme;
- Transférable en cas de changement interne de personnel;
- Toutes les adhésions auront la même date d'expiration.

Si vous désirez vous prévaloir de cette catégorie pour la première fois, veuillez communiquer avec la coordonnatrice nationale des adhésions afin de déterminer le processus de transition des membres existants : membership@cagp-acpdp.org ou 1-888-430-9494, poste 225.

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À QUI LA FACTURE SERA ADRESSÉE

Prénom	Nom de famille	
Organisme	**Titre**	
Adresse	**Province**	**Code postal**
Courriel	**Téléphone**	

2. INFORMATION CONCERNANT LE PAIEMENT

(Sélectionnez le nombre d'employés adhérents et fournissez les coordonnées de chacun d'entre eux à la page 2)

Veuillez sélectionner le montant correspondant à votre province de résidence et au nombre d'employés adhérents :	**4 membres 1150 $**	**5-10 membres + 285 $ ch.**	**>10 Membres + 230 $ chacun**
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : **AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU,** TPS de 5 % comprise	☐ **1207,50 $**	☐ **299,25 $ x** _____ **Total =** _____ **$**	☐ **241,50 $ X** _____ **Total =** _____ **$**
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : **ON,** TVH de 13 % comprise	☐ **1299,50 $**	☐ **322,05 $ x** _____ **Total =** _____ **$**	☐ **259,90 $ X** _____ **Total =** _____ **$**
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : **NS**, TVH de 14 % comprise	☐ **1311,00 $**	☐ **324,90 $ x** _____ **Total =** _____ **$**	☐ **262,20 $ X** _____ **Total =** _____ **$**
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : **NB, NL, PE** de TVH de 15 % comprise	☐ **1322,50 $**	☐ **327,75 $ x** _____ **Total =** _____ **$**	☐ **264,50 $ X** _____ **Total =** _____ **$**

(HST#870678299RT0001)

3. DOMAINE D'ACTIVITÉ

Veuillez préciser le domaine d'activité de l'organisme :	
☐ Environnement	☐ Services sociaux
☐ Religion	☐ Aide internationale
☐ Santé	☐ Éducation
☐ Arts et culture	☐ Sports et récréation
Autre :	

4. MODE DE PAIEMENT

☐ **VISA**	☐ **MASTERCARD**	☐ **TEF*** (Les renseignements de paiement figurent ci-dessous. Veuillez noter que nous ne recevons plus de chèques.)
Nom du détenteur de la carte		
Numéro de carte		**Date d'expiration (mm/aa)**
Code de sécurité :		

* TEF : Nous acceptons les paiements par dépôt direct au moyen des renseignements ci-dessous.

Institution 003, transit 00006, compte 1097906

Veuillez envoyer votre courriel concernant le versement, à l'adresse accounting@cagp-acpdp.org.

5. CODE DE DÉONTOLOGIE

☐ J'atteste avoir lu le code de déontologie publié sur le site web de l'ACPDP et, en signant ci-dessous, je m'engage à m'y conformer. Je reconnais que tout

manquement de ma part pourra donner lieu à l'imposition de sanctions par le conseil de l'ACPDP.

_____

SIGNATURE DU PDG /DIRECTEUR(TRICE) OU MEMBRE DU CONSEIL

6. COORDONNÉES DES ADHÉRENTS (Veuillez reproduire la page que voici en cas d'inscription de membres additionnels)

	Membre 1	**Membre 2**	**Membre 3**
Nom :			
Titre :			
Courriel :			
Téléphone :			
Langue de préférence :	**Français** ☐ **Anglais** ☐	**Français** ☐ **Anglais** ☐	**Français** ☐ **Anglais** ☐
Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**
	Membre 4	**Membre 5**	**Membre 6**
Nom :			
Titre :			
Courriel :			
Téléphone :			
Langue de préférence :	**Français** ☐ **Anglais** ☐	**Français** ☐ **Anglais** ☐	**Français** ☐ **Anglais** ☐
Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**
	Membre 7	**Membre 8**	**Membre 9**
Nom :			
Titre :			
Courriel :			
Téléphone :			
Langue de préférence :	**Français** ☐ **Anglais** ☐	**Français** ☐ **Anglais** ☐	**Français** ☐ **Anglais** ☐

Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**	☐ **Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.** ☐ **Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.**

Veuillez envoyer ce formulaire de demande d'adhésion par courrier ou par courriel à :

Association canadienne des professionnels en dons planifiés

623 - 116 Lisgar St., Ottawa ON K2P 0C2

Courriel : **membership@cagp-acpdp.org**