



DEMANDE D'ADHÉSION
ORGANISME DE BIENFAISANCE OU OSBL - MEMBRE ASSOCIÉ
 Demande d'adhésion en ligne : www.cagp-acpdp.org

Veuillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPD en tant que membre associé individuel travaillant au sein d'un organisme de bienfaisance ou d'un OSBL.

COORDONNÉES

Prénom		Nom de famille	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Organisme		Titre	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse		Province	Code postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Courriel		Téléphone	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

TARIF ORGANISME DE BIENFAISANCE OU OSBL - MEMBRE ASSOCIÉ
325 \$ + TVH

Veuillez sélectionner le montant correspondant à votre province de résidence :	
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise	[] 341,25 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise	[] 367,25 \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, NS, PE de TVH de 15 % comprise	[] 373,75 \$

(HST#870678299RT0001)

Veuillez préciser le domaine d'activité de votre organisme :	
<input type="checkbox"/> Environnement	<input type="checkbox"/> Services sociaux
<input type="checkbox"/> Religion	<input type="checkbox"/> Aide internationale
<input type="checkbox"/> Santé	<input type="checkbox"/> Éducation
<input type="checkbox"/> Arts et culture	<input type="checkbox"/> Sports et récréation
Autre : <input type="text"/>	

MODE DE PAIEMENT

<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTERCARD	<input type="checkbox"/> CHÈQUE (À l'ordre de l'Association canadienne des professionnels en dons planifiés)
Nom du détenteur de la carte		
Numéro de carte		Date d'expiration (mm/aa)

Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques :

Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPD.

Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPD.

J'atteste avoir lu le code de déontologie publié sur le site web de l'ACPD 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'ACPD.

SIGNATURE _____

Veuillez envoyer ce formulaire de demande d'adhésion par courrier ou par courriel à :
Association canadienne des professionnels en dons planifiés
 14, avenue Chamberlain, bureau 201A, Ottawa (Ontario) K1S 1V9
 Courriel : accounting@cagp-acpdp.org