



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

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 | |
| <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"/> | |

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 1000 \$ | 5-10 membres + 250 \$ ch. | >10 Membres + 200 \$ chacun |
|---|--------------------------|---|---|
| RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise | [] 1050,00 \$ | [] 262,50 \$ x _____ Total = _____ \$ | [] 210,00 \$ X _____ Total = _____ \$ |
| RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise | [] 1130,00 \$ | [] 282,50 \$ x _____ Total = _____ \$ | [] 226,00 \$ X _____ Total = _____ \$ |
| RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, NS, PE de TVH de 15 % comprise | [] 1150,00 \$ | [] 287,50 \$ x _____ Total = _____ \$ | [] 230,00 \$ X _____ Total = _____ \$ |

(HST#870678299RT0001)

3. DOMAINE D'ACTIVITÉ

| | |
|--|---|
| Veuillez préciser le domaine d'activité de l'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 : | |

4. 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) | |

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 : | | | |
| Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> 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 : | | | |
| Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> 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 : | | | |
| Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. | <input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> 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
 14, avenue Chamberlain, bureau 201A, Ottawa (Ontario) K1S 1V9
 Courriel : accounting@cagp-acpdp.org