

Veillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPD P en tant que membre à la retraite. Sont admissibles à la catégorie « Membre retraité » les professionnels retraités et les personnes de 65 ans et plus qui ont précédemment été membres en règle pendant au moins cinq années consécutives.

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"/>	

Veillez sélectionner le montant correspondant à votre province :

Frais d'adhésion par province:	85 \$ + TVH
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise	[] 89,25 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise	[] 96,05 \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, NS, PE de TVH de 15 % comprise	[] 97,75 \$

(HST#870678299RT0001)

Si vous travaillez dans le secteur privé, veuillez préciser dans quel domaine	Si vous travaillez dans le secteur de la bienfaisance, veuillez préciser dans quel domaine
[] Comptabilité	[] Arts et culture
[] Planification successorale	[] Environnement
[] Planification financière	[] Religion
[] Assurances	[] Santé
[] Placements	[] Aide internationale
[] Droit	[] Université
Autre :	[] Éducation
	[] Sports et récréation
	Autre :

Êtes-vous à la retraite

[] Oui	[] Non
---------	---------

Avant votre retraite, avez-vous été membre en règle cinq années consécutives ?

[] Oui	[] Non
---------	---------

MODE DE PAIEMENT

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

Veillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques :

- [] Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPD P.
 [] Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPD P.

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

SIGNATURE _____

Veillez 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