



DEMANDE D'ADHÉSION À TITRE DE MEMBRE ASSOCIÉ

Demande d'adhésion en ligne : www.cagp-acpdp.org

Veuillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPDP en tant que membre associé individuel. Si vous travaillez au sein d'un organisme de bienfaisance ou d'un OSBL, veuillez utiliser le formulaire de demande d'adhésion suivant :
Organisme de bienfaisance ou OSBL - membre associé.

COORDONNÉES

Prénom		Nom de famille	
Organisme		Titre	
Adresse	Province	Code postal	
Courriel	Téléphone	Langue de préférence :	
		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	

TARIF DE MEMBRE ASSOCIÉ – 410 \$ + 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	<input type="checkbox"/> 430,50 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON , TVH de 13 % comprise	<input type="checkbox"/> 463,30 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : NS , TVH de 14 % comprise	<input type="checkbox"/> 467,40 \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NL, PE de TVH de 15 % comprise	<input type="checkbox"/> 471,50 \$

(HST#870678299RT0001)

Veuillez préciser votre domaine d'activité :	
<input type="checkbox"/> Comptabilité	<input type="checkbox"/> Assurances
<input type="checkbox"/> Planification successorale	<input type="checkbox"/> Placements
<input type="checkbox"/> Planification financière	<input type="checkbox"/> Droit
Autre :	

MODE DE PAIEMENT

<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> 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)

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.

☐ 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.

* 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.

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 : membership@cagp-acpdp.org