



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'ACPD 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	
<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	Langue de préférence :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	

TARIF DE MEMBRE ASSOCIÉ – 375 \$ + 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"/> 393,75 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON , TVH de 13 % comprise	<input type="checkbox"/> 423,75 \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, NS, PE de TVH de 15 % comprise	<input type="checkbox"/> 1431,25 \$

(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 : <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 : membership@cagp-acpdp.org