



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

Veillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPD P 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	Langue de préférence :
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>

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

Veillez 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"/> 372,75 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise	<input type="checkbox"/> 401,15 \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, NS, PE de TVH de 15 % comprise	<input type="checkbox"/> 408,25 \$

(HST#870678299RT0001)

Veillez 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	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)

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 _____

* 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.

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 : membership@cagp-acpdp.org