



**DEMANDE D'ADHÉSION ORGANISATIONNELLE**  
**ORGANISME DE BIENFAISANCE OU OSBL**  
Demande d'adhésion en ligne : [www.cagp-acpdp.org](http://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](mailto: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)

<b>Veuillez sélectionner le montant correspondant à votre province de résidence et au nombre d'employés adhérents :</b>	<b>4 membres 1120 \$</b>	<b>5-10 membres + 275 \$ ch.</b>	<b>&gt;10 Membres + 220 \$ chacun</b>
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : <b>AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU</b> , TPS de 5 % comprise	[ ] 1076,00 \$	[ ] 288,75 \$ x _____ Total = _____ \$	[ ] 231,00 \$ X _____ Total = _____ \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : <b>ON</b> , TVH de 13 % comprise	[ ] 1265,60 \$	[ ] 310,75 \$ x _____ Total = _____ \$	[ ] 248,60 \$ X _____ Total = _____ \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : <b>NB, NL, NS, PE</b> de TVH de 15 % comprise	[ ] 1288,00 \$	[ ] 316,25 \$ x _____ Total = _____ \$	[ ] 253,00 \$ 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"/> 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)

\* 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](mailto:accounting@cagp-acpdp.org).

**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 :			
Langue de préférence :	Français [ ] Anglais [ ]	Français [ ] Anglais [ ]	Français [ ] Anglais [ ]
Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques	[ ] Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	[ ] Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	[ ] 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.	[ ] Non, je n'accepte pas 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.
	Membre 4	Membre 5	Membre 6
Nom :			
Titre :			
Courriel :			
Téléphone :			
Langue de préférence :	Français [ ] Anglais [ ]	Français [ ] Anglais [ ]	Français [ ] Anglais [ ]
Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques	[ ] Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	[ ] Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	[ ] 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.	[ ] Non, je n'accepte pas 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.
	Membre 7	Membre 8	Membre 9
Nom :			
Titre :			
Courriel :			
Téléphone :			
Langue de préférence :	Français [ ] Anglais [ ]	Français [ ] Anglais [ ]	Français [ ] Anglais [ ]
Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques	[ ] Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	[ ] Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	[ ] 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.	[ ] Non, je n'accepte pas 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.

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](mailto:membership@cagp-acpdp.org)