



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

Veillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPD 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>Veillez sélectionner le montant correspondant à votre province de résidence et au nombre d'employés adhérents :</b>	<b>4 membres 1000 \$</b>	<b>5-10 membres + 250 \$ ch.</b>	<b>&gt;10 Membres + 200 \$ chacun</b>
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise	[ ] 1050,00 \$	[ ] 262,50 \$ x _____ Total = _____ \$	[ ] 210,00 \$ X _____ Total = _____ \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise	[ ] 1130,00 \$	[ ] 282,50 \$ x _____ Total = _____ \$	[ ] 226,00 \$ X _____ Total = _____ \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, NS, PE de TVH de 15 % comprise	[ ] 1150,00 \$	[ ] 287,50 \$ x _____ Total = _____ \$	[ ] 230,00 \$ X _____ Total = _____ \$

(HST#870678299RT0001)

**3. DOMAINE D'ACTIVITÉ**

Veillez 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"/> 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)

**5. CODE DE DÉONTOLOGIE**

[ ] 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

**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)