



## DEMANDE D'ADHÉSION

### MEMBRE À LA RETRAITE

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 en tant que membre à la retraite. Sont admissibles à la catégorie « Membre retraité » les professionnels retraités et les personnes de 65 ans et plus qui ont précédemment été membres en règle pendant au moins cinq années consécutives.

#### 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"/> |

Veillez sélectionner le montant correspondant à votre province :

| Frais d'adhésion par province:                                                             | 90 \$ + TVH                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES :<br>AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise | <input type="checkbox"/> 94,50 \$  |
| RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE :<br>ON, TVH de 13 % comprise                            | <input type="checkbox"/> 101,70 \$ |
| RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, NS, PE de TVH de 15 % comprise                 | <input type="checkbox"/> 103,50 \$ |

(HST#870678299RT0001)

|                                                                                |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si vous travailliez dans le secteur privé, veuillez préciser dans quel domaine | Si vous travailliez dans le secteur de la bienfaisance, veuillez préciser dans quel domaine |
| <input type="checkbox"/> Comptabilité                                          | <input type="checkbox"/> Arts et culture                                                    |
| <input type="checkbox"/> Planification successorale                            | <input type="checkbox"/> Environnement                                                      |
| <input type="checkbox"/> Planification financière                              | <input type="checkbox"/> Religion                                                           |
| <input type="checkbox"/> Assurances                                            | <input type="checkbox"/> Santé                                                              |
| <input type="checkbox"/> Placements                                            | <input type="checkbox"/> Aide internationale                                                |
| <input type="checkbox"/> Droit                                                 | <input type="checkbox"/> Université                                                         |
| Autre :                                                                        | <input type="checkbox"/> Éducation                                                          |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> Sports et récréation                                               |
|                                                                                | Autre :                                                                                     |

Êtes-vous à la retraite

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Avant votre retraite, avez-vous été membre en règle cinq années consécutives ?

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

#### 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  |                                     |                                                                                                              |
| <input type="text"/>          |                                     |                                                                                                              |
| Numéro de carte               | Date d'expiration (mm/aa)           |                                                                                                              |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>                |                                                                                                              |

Veillez 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 \_\_\_\_\_

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)