

Veillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPD P 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:	85 \$ + TVH
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise	<input type="checkbox"/> 89,25 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise	<input type="checkbox"/> 96,05 \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, NS, PE de TVH de 15 % comprise	<input type="checkbox"/> 97,75 \$

(HST#870678299RT0001)

Si vous travaillez dans le secteur privé, veuillez préciser dans quel domaine	Si vous travaillez 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 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** \_\_\_\_\_

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)