



Veuillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPD P en tant que membre étudiant. Il s'agit d'une adhésion personnelle non transférable. Une preuve de fréquentation à plein temps d'un établissement postsecondaire est requise.

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"/>

Veuillez sélectionner le montant correspondant à votre province de résidence :	
Frais d'adhésion selon la 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 \$

(TVH#870678299RT0001)

Avez-vous joint une preuve de fréquentation d'un établissement postsecondaire

<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		
Numéro de carte		Date d'expiration (mm/aa)

Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPD P :

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 _____

Veuillez 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