

**DEMANDE D'ADHÉSION – MEMBRE ÉTUDIANT**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'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"/> |                      |                                                                    |
| Organisme            | Titre                |                                                                    |
| <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 :                     |                                           |
| <b>Frais d'adhésion selon la province</b>                                                          | <b>90 \$ + TVH</b>                        |
| RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES :<br><b>AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU</b> , TPS de 5 % comprise | <input type="checkbox"/> <b>94,50 \$</b>  |
| RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE :<br><b>ON</b> , TVH DE 13 % COMPRISE                            | <input type="checkbox"/> <b>101,70 \$</b> |
| RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : <b>NB, NL, NS, PE</b><br>de TVH de 15 % comprise               | <input type="checkbox"/> <b>103,50 \$</b> |

(TVH#870678299RT0001)

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

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

**MODE DE PAIEMENT**

|                                      |                                            |                                                                                                                        |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>VISA</b> | <input type="checkbox"/> <b>MASTERCARD</b> | <input type="checkbox"/> <b>CHÈQUE</b><br>(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](mailto:membership@cagp-acpdp.org)