



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	
Organisme		Titre	
Adresse		Province	Code postal
Courriel	Téléphone		Langue de préférence :
			Français [ ] Anglais [ ]

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 : <b>AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU</b> , TPS de 5 % comprise	[ ] <b>94,50 \$</b>
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : <b>ON</b> , TVH DE 13 % COMPRISE	[ ] <b>101,70 \$</b>
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : <b>NB, NL, NS, PE</b> de TVH de 15 % comprise	[ ] <b>103,50 \$</b>

(TVH#870678299RT0001)

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

[ ] Oui	[ ] Non
---------	---------

### MODE DE PAIEMENT

[ ] VISA	[ ] MASTERCARD	[ ] TEF* (Les renseignements de paiement figurent ci-dessous. Veuillez noter que nous ne recevons plus de chèques.)
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 \_\_\_\_\_

\* TEF : Nous acceptons les paiements par dépôt direct au moyen des renseignements ci-dessous.  
Institution 003, transit 00006, compte 1097906

Veuillez envoyer votre courriel concernant le versement, à l'adresse [accounting@cagp-acpdp.org](mailto:accounting@cagp-acpdp.org).

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)