

DEMANDE D'ADHÉSION

Nom: _____ Prénom: _____

Rang au départ: _____ Mat: _____ Date de Naissance: ____/____/____

Date entrée SQ: _____ Date effective de la retraite: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Code.Postal: _____ Nom Conjoint(e) : _____

TÉLÉPHONE

Résidence: (____) - _____ Fax: (____) - _____ Autre: (____) - _____

Adresse courriel: _____

ENGAGEMENT

Je reconnais et m'engage à respecter les buts et fins de l'Association des Policiers Retraités de la Sûreté du Québec tels qu'énoncés dans ses statuts et règlements.

JE VOUS SOUMETS MA DEMANDE COMME : MEMBRE RETRAITÉ SQ: RÉGION : _____

MEMBRE ASSOCIÉ: Employé civil: S.M.:

MEMBRE HONORAIRE :

Signature: _____ Date: _____

ENVOYER CE FORMULAIRE PAR COURRIER À : APRSQ, 1701 rue Parthenais, Montréal, Québec H2K 3S7

DIRECTION RÉGIONALE

Vérification et acceptation _____ Date _____

Inscription Régistre APRSQ _____ Cotisation Payé par chèque _____ Reçu # _____

Autorisation déduction annuelle _____

Par _____

