

# Formulaire d'adhésion

Date : \_\_\_\_\_

(Veuillez écrire en lettres moulées.)

**CORRESPONDENCE :**                       Anglais                       Français

M <sup>lle</sup> M <sup>me</sup> M.	Nom		Prénom		
Organisme			Titre		
Adresse de l'auteur ou de l'auteure de la demande (cette adresse apparaîtra dans le répertoire chapitre des membres)					Ville
Province	Code postal	N° de téléphone (      )	N° de télécopieur (      )	Courriel Préf : Sec:	

**PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** (Si laissé en blanc, l'AIGP-Canada FOURNIRA les renseignements.)

Conformément à la POLITIQUE SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS de l'AIGP-Canada (voir [www.ipma-aigp.ca](http://www.ipma-aigp.ca)), veuillez remplir ce qui suit :

- NON**, je ne veux pas recevoir d'avis d'activités et de bulletins ou tout autre renseignement sur le marketing et l'adhésion.
- NON**, je ne veux pas que l'on donne aux membres de mon Chapitre mon nom, mon adresse au travail et mon adresse électronique pour fins de réseautage (répertoire de membres).
- NON**, je ne veux pas que l'AIGP donne mon nom et mon adresse à d'autres organismes afin de recevoir des documents pertinents sur le perfectionnement professionnel en RH ou des renseignements sur les RH. Aucune adresse électronique ne sera divulguée.

## ADHÉSION (Chapitre de Région de la capitale nationale)

CATÉGORIE	FRAIS	Type	Nouveau <input type="checkbox"/>	Renouvellement <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ordinaire	<b>141,25 \$</b>	<input type="checkbox"/> Payé par membre	<input type="checkbox"/> Payé par employeur/remboursé	Montant ci-joint _____ \$
<input type="checkbox"/> Accréditation	<b>197,75 \$</b>	Disponible pour occuper un poste		
<input type="checkbox"/> Organisme	Varié	<input type="checkbox"/> Chapitre <input type="checkbox"/> National		
<input type="checkbox"/> Étudiant	<b>28,25 \$</b>	Disponible pour siéger aux comités		
* Tous les frais comprennent la TPS (la TVH le cas échéant).		<input type="checkbox"/> Chapitre <input type="checkbox"/> National		
** Si exempt, numéro d'exemption de la TPS : _____				
Visa <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat <input type="checkbox"/> N° carte de crédit : _____		Date d'expiration : _____		
Signature : _____		N° d'enregistrement TPS : R122916430		

## PROFIL :

### TYPE D'ORGANISME :

- Gouvernement fédéral     Gouvernement provincial     Éducation     Administration municipale
- Société d'État     Établissement de soins de santé     Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Envoyez votre chèque ou mandat, libellé à l'ordre de l'AIGP – Canada, avec votre formulaire de demande à l'adresse suivante :

**BUREAU NATIONAL de l'AIGP-CANADA**

20 Edwards Place, Mount Pearl, NL, A1N 3V5

Tel/Tél: 1-888-226-5002

Télec: 1-709-364-6824

E-Mail/Courier électronique: [National@ipma-aigp.ca](mailto:National@ipma-aigp.ca)

Website/ Site web: [www.ipma-aigp.ca](http://www.ipma-aigp.ca)

ASSOCIÉE À L'IPMA-HR