



DEMANDE D'ADHÉSION À TITRE DE MEMBRE ASSOCIÉ

Demande d'adhésion en ligne : www.cagp-acpdp.org

Veuillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPDP en tant que membre associé individuel. Si vous travaillez au sein d'un organisme de bienfaisance ou d'un OSBL, veuillez utiliser le formulaire de demande d'adhésion suivant : Organisme de bienfaisance ou OSBL - membre associé.

COORDONNÉES

Prénom

Nom de famille

Organisme	Titre	
Adresse	Province	Code postal
Courriel	Téléphone	Langue de préférence :
		Français [<input type="checkbox"/>] Anglais [<input type="checkbox"/>]

TARIF DE MEMBRE ASSOCIÉ – 410 \$ + TVH

Veuillez sélectionner le montant correspondant à votre province de résidence :	
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise	[<input type="checkbox"/>] 430,50 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise	[<input type="checkbox"/>] 463,30 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : NS, TVH de 14 % comprise	[<input type="checkbox"/>] 467,40 \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NL, PE de TVH de 15 % comprise	[<input type="checkbox"/>] 471,50 \$

(HST#870678299RT0001)

Veuillez préciser votre domaine d'activité :

[<input type="checkbox"/>] Comptabilité	[<input type="checkbox"/>] Assurances
[<input type="checkbox"/>] Planification successorale	[<input type="checkbox"/>] Placements
[<input type="checkbox"/>] Planification financière	[<input type="checkbox"/>] Droit
Autre :	

MODE DE PAIEMENT

[<input type="checkbox"/>] VISA	[<input type="checkbox"/>] 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 :

[] Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.

[] Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.

[] J'atteste avoir lu le code de déontologie publié sur le site web de l'ACPDP 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'ACPDP.

* 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.

SIGNATURE _____

Veuillez envoyer ce formulaire de demande d'adhésion par courrier ou par courriel à :

Association canadienne des professionnels en dons planifiés

623 - 116 Lisgar St., Ottawa ON K2P 0C2

Courriel : membership@cagp-acpdp.org