

DEMANDE D'ADHÉSION ORGANISATIONNELLE
ORGANISME DE BIENFAISANCE OU OSBL
Demande d'adhésion en ligne : www.cagp-acdp.org

Veuillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPDP dans la catégorie suivante :

Adhésion organisationnelle - organisme de bienfaisance ou OSBL.

Cette catégorie convient aux organismes enregistrés de façon indépendante désirant faire adhérer plusieurs de leurs employés.

- Minimum de quatre adhésions;
- Une facture unique sera adressée à l'organisme;
- Transférable en cas de changement interne de personnel;
- Toutes les adhésions auront la même date d'expiration.

Si vous désirez vous prévaloir de cette catégorie pour la première fois, veuillez communiquer avec la coordonnatrice nationale des adhésions afin de déterminer le processus de transition des membres existants : membership@cagp-acdp.org ou 1-888-430-9494, poste 225.

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À QUI LA FACTURE SERA ADRESSÉE
Prénom
Nom de famille

Organisme	Titre	
Adresse	Province	Code postal
Courriel	Téléphone	

2. INFORMATION CONCERNANT LE PAIEMENT

(Sélectionnez le nombre d'employés adhérents et fournissez les coordonnées de chacun d'entre eux à la page 2)

Veuillez sélectionner le montant correspondant à votre province de résidence et au nombre d'employés adhérents :	4 membres 1120 \$	5-10 membres + 275 \$ ch.	>10 Membres + 220 \$ chacun
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise	<input type="checkbox"/> 1176,00 \$	<input type="checkbox"/> 288,75 \$ x _____ Total = _____ \$	<input type="checkbox"/> 231,00 \$ X _____ Total = _____ \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise	<input type="checkbox"/> 1265,60 \$	<input type="checkbox"/> 310,75 \$ x _____ Total = _____ \$	<input type="checkbox"/> 248,60 \$ X _____ Total = _____ \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : NS, TVH de 14 % comprise	<input type="checkbox"/> 1276,80 \$	<input type="checkbox"/> 313,50 \$ x _____ Total = _____ \$	<input type="checkbox"/> 250,80 \$ X _____ Total = _____ \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, PE de TVH de 15 % comprise	<input type="checkbox"/> 1288,00 \$	<input type="checkbox"/> 316,25 \$ x _____ Total = _____ \$	<input type="checkbox"/> 253,00 \$ X _____ Total = _____ \$

(HST#870678299RT0001)

3. DOMAINE D'ACTIVITÉ

Veuillez préciser le domaine d'activité de l'organisme :	
<input type="checkbox"/> Environnement	<input type="checkbox"/> Services sociaux
<input type="checkbox"/> Religion	<input type="checkbox"/> Aide internationale
<input type="checkbox"/> Santé	<input type="checkbox"/> Éducation
<input type="checkbox"/> Arts et culture	<input type="checkbox"/> Sports et récréation
Autre :	

4. MODE DE PAIEMENT

<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTERCARD	<input type="checkbox"/> 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)	

* 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-acdp.org.

manquement de ma part pourra donner lieu à l'imposition de sanctions par le conseil de l'ACPDP.

5. CODE DE DÉONTOLOGIE

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 reconnaiss que tout

6. COORDONNÉES DES ADHÉRENTS (Veuillez reproduire la page que voici en cas d'inscription de membres additionnels)

	Membre 1	Membre 2	Membre 3
Nom :			
Titre :			
Courriel :			
Téléphone :			
Langue de préférence :	Français [] Anglais []	Français [] Anglais []	Français [] Anglais []
Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.
	Membre 4	Membre 5	Membre 6
Nom :			
Titre :			
Courriel :			
Téléphone :			
Langue de préférence :	Français [] Anglais []	Français [] Anglais []	Français [] Anglais []
Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP. <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.
	Membre 7	Membre 8	Membre 9
Nom :			
Titre :			
Courriel :			
Téléphone :			
Langue de préférence :	Français [] Anglais []	Français [] Anglais []	Français [] Anglais []

<p>Veuillez confirmer que vous acceptez de recevoir des communications électroniques</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, j'accepte de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas de recevoir des communications électroniques en provenance de l'ACPDP.</p>
--	--	--	--

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