



**DEMANDE D'ADHÉSION
MEMBRE À LA RETRAITE**

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

Veuillez utiliser ce formulaire pour présenter une demande d'adhésion à l'ACPDP en tant que membre à la retraite. Sont admissibles à la catégorie « Membre retraité » les professionnels retraités et les personnes de 65 ans et plus qui ont précédemment été membres en règle pendant au moins cinq années consécutives.

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 :

Frais d'adhésion par province:	90 \$ + TVH
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : AB, BC, SK, MB, QC, YT, NT, NU, TPS de 5 % comprise	[] 94,50 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : ON, TVH de 13 % comprise	[] 101,70 \$
RÉSIDENTS DE LA PROVINCE SUIVANTE : NS, TVH de 14 % comprise	[] 102,60 \$
RÉSIDENTS DES PROVINCES SUIVANTES : NB, NL, PE de TVH de 15 % comprise	[] 103,50 \$

(HST#870678299RT0001)

Êtes-vous à la retraite

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

Avant votre retraite, avez-vous été membre en règle cinq années consécutives ?

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

Si vous travaillez dans le secteur privé, veuillez préciser dans quel domaine	Si vous travaillez dans le secteur de la bienfaisance, veuillez préciser dans quel domaine
[] Comptabilité	[] Arts et culture
[] Planification successorale	[] Environnement
[] Planification financière	[] Religion
[] Assurances	[] Santé
[] Placements	[] Aide internationale
[] Droit	[] Université
Autre :	[] Éducation
	[] Sports et récréation
	Autre :

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 :

- [] 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 reconnaiss que tout manquement de ma part pourra donner lieu à l'imposition de sanctions par le conseil de l'ACPDP.

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@caqp-acpdp.org

* 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.