



**DEMANDE D'ADHÉSION**

**APPLICATION FOR MEMBERSHIP**

**Montréal.....2012**

**Au vice-président responsable des adhésions : / Attention – Vice-President Membership :**

Veuillez transmettre ma demande d'adhésion au conseil d'administration lors de la prochaine réunion.

Ma demande est proposée par :

*Please transmit my application for membership in your association to the Board of Directors at its next regular meeting. My personal request for Membership is proposed by :*

-----  
et appuyée par / and seconded by:  
-----

qui sont membres de cette Association seront mes parrains. Sur acceptation de ma demande, je m'engage à respecter les règlements qui gouvernent votre Association.

*who are members of your association will gladly serve as my sponsors. Should my application be accepted, I hereby agree to respect the By-laws and Regulations governing your Association*

**Cotisation annuelle / Membership annual fee 225,00 \$**

March to August	100%	December	60%
De mars à août		Décembre	
September	90%	January	50%
Septembre		Janvier	
October	80%	February	120%
Octobre		Février	
November	70%		
Novembre			

---

**CATÉGORIES DE MEMBRES / MEMBER CLASSIFICATION CATEGORIES**

MEMBRES ÉTUDIANTS (études à plein temps) <i>STUDENT MEMBERS (full time studies)</i>	<b>SANS FRAIS / NO CHARGE</b>
JEUNES ADULTES (18 à 35 ans – employés à plein temps) <i>YOUNG ADULTS (18 to 35 years of age – employed full time)</i>	<b>100,00 \$</b>
MEMBRES RÉGULIERS (cotisation annuel) <i>REGULAR MEMBERSHIP (annual fee)</i>	<b>225,00 \$</b>
MEMBRES 65 + (dès la dixième année d'inscription) <i>SENIORS 65 + (from 10<sup>th</sup> year of membership)</i>	<b>112,50 \$</b>

---

**Membre Corporatif / Corporate Membership – 2 délégués – 375,00 \$**

8370, boulevard Lacordaire, Bureau 310, Montréal (Québec) H1R 3Y6  
Téléphone: (514) 254-4929 Télécopieur: (514) 254-4920 Courriel: [info@cibpamontreal.com](mailto:info@cibpamontreal.com)  
[www.cibpamontreal.com](http://www.cibpamontreal.com) - FB:cibpa.montreal

Prénom  
Name.....  
Nom de famille  
Surname.....

Date de naissance  
Date of Birth.....  
(Année/Year) (Mois/ Month) (Jour/Day)

Nom de l'entreprise  
Name of Organization.....

Titre  
Title.....  
Profession.....

Adresse de l'entreprise  
Business Address.....

Code Postal / Postal Code.....

Genre de commerce  
Nature of Firm's Business.....

Téléphone (affaires)  
Telephone (business) ( ).....  
Télécopieur / Fax ( ).....

Courrier électronique  
Email.....

Adresse résidentielle:  
Home Address.....

Code Postal / Postal Code.....

Avez-vous déjà été membre de la CIBPA? / Have you ever been a member of the CIBPA?

OUI / YES  NON / NO

Avez-vous déjà reçu une bourse d'études de la CIBPA?

OUI / YES  NON / NO

Ci-inclus le paiement pour les frais d'adhésion de membre / Attached, please find a payment to cover my annual fee

MODE DE PAIEMENT: / PAYMENT METHOD:

CHEQUE  AMEX  VISA  MASTERCARD

EXPIRATION: / EXPIRY DATE: \_\_\_\_\_ MONTANT / AMOUNT: \_\_\_\_\_ \$

Signature