



Formulaire d'adhésion syndicale AR

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse: _____

Courriel personnel : _____

Courriel institutionnel : _____

Tél. cellulaire : _____ Bureau : _____

Numéro d'employé : _____

Statut :

Régulier : Contractuel : Autres : Précisez : _____

Secteur : _____

CONSENTEMENT

Je désire devenir membre de L'Association des réalisatrices et réalisateurs. Je m'engage à me conformer aux statuts de l'association et décisions, ainsi qu'à payer les droits d'entrée de cinq dollars (5,00\$).

Signature de la ou du membre : _____

Date : _____

Signature du témoin (réservé aux membres de l'exécutif)

_____ Date : _____

Paiement des droits d'entrée de cinq dollars (5,00\$)

En personne : Virement Interac : Chèque :

1212, rue Panet, Montréal, H2L 2Y7; Tel.: 514-524-3011; association@realisateur.com

J'autorise l'AR à me faire parvenir de l'information à mon adresse courriel personnelle

Oui : Non :

Une fois cette demande d'adhésion dûment complétée, veuillez signer ce formulaire, puis le faire parvenir à l'adresse courriel suivante: association@realisateur.com