



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Par la présente, je désire être membre de l'Association Professionnelle des Paramédics du Québec et par conséquent, je donne mon appui à la professionnalisation des paramédics.

M. Mme Dr		Nom	Prénom	
Adresse		Ville	Province	
Code Postal	Pays	Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)	
Courriel		Date de naissance	Matricule	
Entreprise d'opération		Numéro de membre (si renouvellement)		



Vous pouvez faire parvenir votre paiement (si applicable) à votre représentant régional ou à l'adresse ci-dessous avec le présent formulaire.

Statut du membre :

- Membre étudiant (25,00\$)
 Membre régulier (90,00\$)
 Membre associé (90,00\$)

Méthode de paiement :

- Chèque ou mandat poste (à l'ordre de l'A.P.P.Q.)
 Prélèvement sur la paye (J'autorise l'entreprise à divulguer les présents renseignements à l'A.P.P.Q.)
 Coopérative (J'autorise la coopérative à divulguer les présents renseignements à l'A.P.P.Q.)
 PayPal (nom du détenteur du compte : _____)
 Carte de crédit

 
 Numéro : ____/____/____/____ Expiration : ____/____ CSV : _____

Signature : _____ Date : _____