



Association
Professionnelle des
Paramédics du
Québec

C.P. 3,
Succursale St-Michel
Montréal, Québec H2A 3L8

Région de Montréal : 514-APPQ-507
Ailleurs au Québec : 1-877-APPQ-507

FORMULAIRE D'ADHÉSION

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

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Employeur : _____

Matricule : _____

Courriel : _____

de membre (Si renouvellement) : _____

Langue d'usage : Français Anglais Autre : _____

Vous pouvez faire parvenir votre paiement (si applicable) à votre représentant régional ou à l'adresse administrative au montant de 90,00\$ avec le présent formulaire.

- Chèque ou mandat poste (à l'ordre de l'A.P.P.Q.)
- Paypal (nom du détenteur du compte : _____)
- Prélèvement sur la paye
- Coopérative

Signature : _____ Date : _____

www.paramedicduquebec.org