

FORMULAIRE D'ADMISSION



NOM : _____

PRÉNOM : _____

Date de naissance : / / _____

Région administrative : _____

ADRESSE RÉSIDENCE :

& rue : _____

ADRESSE BUREAU :

& rue : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. : () _____

Tél. : () _____

Courriel : _____

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

Type d'établissement ou d'organisme : _____

Fonction : _____

Classe salariale : # _____

Diplôme(s) académique(s) : _____

Association(s) dont vous êtes membre : _____

Ordre professionnel dont vous êtes membre : _____

Comment avez-vous entendu parler de l'APER ?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Site Web | <input type="checkbox"/> Info-Cadres |
| <input type="checkbox"/> Affiches | <input type="checkbox"/> Membre |
| <input type="checkbox"/> Ami(e) | <input type="checkbox"/> Collègue |
| <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) | |

Mon admission est parrainé par un membre de l'APER

RENSEIGNEMENTS SUR MON PARRAIN

Nom : _____

Prénom : _____

Région administrative : _____

Tél. : () _____

Par la présente, je demande mon admission comme membre de l'APER santé et services sociaux

Signé : _____

Date : _____

Ci-joint, formulaire d'autorisation de retenue à la source

Le présent formulaire, de même que l'autorisation de retenue à la source doivent être envoyés au secrétariat de l'APERSSS.

APER santé et services sociaux

3745, rue St-Jacques, bureau 216, Montréal (Québec) H4C 1H3

Tél. : 514 933-4118 • Téléc. : 514 933-2397 • association@aper.qc.ca • www.aper.qc.ca

1007-80

AUTORISATION DE RETENUE À LA SOURCE



Considérant que l'article 3 du « Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux » donne ouverture à cette modalité,

Je, soussigné(e) _____

Autorise mon employeur : _____

Adresse : _____

- à retenir à la source sur chacun des vingt-six (26) versements de mon traitement annuel, le montant de cotisation autorisé par l'assemblée générale de l'APERSSS, soit 0,60 % du salaire annuel, avec un plafond établi au montant équivalent à 0,60 % du maximum de la classe 16; le tout réparti sur chaque période de paye.

La remise de ces montants devra être faite à **l'APER santé et services sociaux**, à l'adresse apparaissant au bas de la présente, dans les quinze (15) jours suivant la fin de chacune des treize (13) périodes comptables de l'année financière.

La présente autorisation est révoquée après un préavis écrit de trois mois de ma part.

SIGNÉ : _____ à : _____

le : / / _____