



SANTÉ ET
SERVICES
SOCIAUX

REGROUPEMENT DES RETRAITÉS

FORMULAIRE D'ADMISSION

NOM & PRÉNOM: _____

ADRESSE:

Rue: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Tel.: (_____) _____

Courriel : _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____

NOM DE VOTRE EMPLOYEUR avant la retraite: _____

Fonction: _____

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

Signé: _____ Date: _____

Ci-joint, cotisation annuelle de 25\$

Le présent formulaire, de même que le paiement de la cotisation, doivent être envoyés au secrétariat de l'APER santé et services sociaux, à l'adresse suivante :

3745, St-Jacques, #216, Montréal (Québec) H4C 1H3
Téléphone : (514) 933-4118 Télécopieur : (514) 933-2397
Courriel : association@aper.qc.ca