



MEMBRE ALLIÉ

ADHÉSION ANNUELLE

Qui est le membre allié?

Est membre Allié de l'association tout organisme communautaire, qui se conforme aux normes d'admission établies par résolution du conseil d'administration. L'organisme communautaire peut devenir membre Allié de l'association s'il en fait la demande et que l'équipe de l'APED lui accorde ce statut. Les membres Alliés peuvent participer aux activités de l'association et assister aux assemblées des membres, mais ils n'ont pas le droit d'y voter. Ils ne sont pas éligibles au titre de personne administratrice de l'association. *(extrait des règlements généraux de l'APED)*

Cotisation : 75 \$/Organisme (renouvelable le 1^{er} avril de chaque année)



- Libellez un chèque au nom de APED et retournez le tout à l'adresse ci-haut par la poste
- Effectuez un virement bancaire à l'aide de l'adresse courriel : administration@aped.org et mot de passe : Aped1050

Choisir : Je désire devenir membre Je désire renouveler mon adhésion
 Je désire réactiver mon adhésion (ancien membre de plus d'un an)

ORGANISME

Nom :
Champs d'activités :
Adresse postale :
Nombre d'employés:

PERSONNE CONTACT

Nom :
Titre :
Courriel :
 Bureau :
 Cellulaire :



MEMBRE ALLIÉ

ADHÉSION ANNUELLE

Par souci écologique, nous procédons à l'envoi de notre documentation par courriel

Si vous préférez obtenir les documents par la poste, veuillez cocher cette case

MOTIVATIONS À DEVENIR MEMBRE DE L'APED

Comment avez-vous connu l'APED ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déjà membre | <input type="checkbox"/> CSSS : Lequel ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Par un autre membre | <input type="checkbox"/> Hôpital : Lequel ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Internet / Site web | <input type="checkbox"/> Organisme : Lequel _____ |
| <input type="checkbox"/> Médias (journal, télévision, etc.) | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Partenariats / concertations / référencement | |

Politique de confidentialité : L'APED préserve l'anonymat de ses membres et garde confidentiel tous les renseignements personnels. Pour tout partage ou échange d'informations avec un tiers, une autorisation du membre est préalablement exigée.

MERCI DE VOTRE CONFIANCE !

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Montant : _____ \$ Date du paiement : ____/____/____ Argent Interac Chèque # _____

Adhésion : _____ \$ Don : _____ \$ Autre : _____ \$ Précisez : _____

Paiement reçu par : _____ Remis à : _____

Note : _____