



# MEMBRE PARTENAIRE

## ADHÉSION ANNUELLE

### Qui est le membre partenaire?

Est membre Partenaire de l'association toute organisation ou association intéressée aux buts et aux activités de l'association, qui se conforme aux normes d'admission établies par résolution du conseil d'administration. L'organisation ou l'association peut devenir membre Partenaire de l'association si elle en fait la demande et que l'équipe de l'APED lui accorde ce statut.

Par lettre de créance remise à la personne assumant le rôle de secrétaire de l'association, l'organisation désigne une personne les représentant. Les personnes désignées par leur organisation ont le droit de participer à toutes les activités de l'association, de recevoir les avis de convocations 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 : 150 \$/Organisation (renouvelable le 1<sup>er</sup> 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](mailto: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)

### ORGANISATION

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

### PERSONNE CONTACT

Nom :
Titre :
Courriel :
 Bureau :
 Cellulaire :



# MEMBRE PARTENAIRE

## 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 : \_\_\_\_\_