

DEMANDE D'ADHÉSION POUR REGROUPEMENT DES RETRAITÉS

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ No de tél. : _____

Courriel : _____

DERNIER EMPLOYEUR

Date effective de la retraite : _____

Établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

Code postal : _____ No de tél. : _____

Classe salariale : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Date de naissance : _____ No d'ass. soc. : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Formation académique

Dernier cours complété : _____

Diplôme obtenu : _____ Année d'obtention : _____

Nom de l'institution : _____

Expérience

Au sein du réseau : _____

A l'extérieur du réseau : _____

INFORMATIONS TECHNIQUES

Le taux annuel de la cotisation pour le regroupement des retraités est fixé à 75 \$ pour l'année 2024-2025.

En cette qualité, je désire adhérer à l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux, regroupement des retraités et je m'engage à respecter les règlements et politiques de l'Association.

MONTANT DE L'ADHÉSION : 75,00 \$ + 5\$ de frais d'adhésion la première année (S'il vous plaît, joindre un chèque de 80\$ ou faire un virement Interac à chantal.beaulieu.acsss@sss.gouv.qc.ca. La réponse à la question de sécurité devra être cotisation en minuscules.)

Date : _____ Signature : _____