



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Écrire en caractères d'imprimerie

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Adresse électronique : _____

Date de prise de la retraite : _____

Hôpital d'attache dans le CHU : _____

L'APR-CHU de Québec transmet les coordonnées de ses nouveaux membres à l'AQRP (Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic) pour leur inscription de la première année. À cette fin, nous vous demandons le complément d'informations suivant :

Date de naissance : _____ Régime de retraite : _____

Dernier emploi occupé : _____

Si vous refusez que votre inscription à l'AQRP soit faite, veuillez cocher

Adhésion :

Pour les personnes nouvellement retraitées la 1^{re} année d'adhésion est défrayée par le CHU de Québec.

À l'usage de l'Association

Liste des membres

Courriel

AQRP

Commentaires : _____