



## 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<sup>re</sup> année d'adhésion est défrayée par le CHU de Québec.

### **À l'usage de l'Association**

Liste des membres

Courriel

AQRP

Commentaires : \_\_\_\_\_