



**ASSOCIATION  
DES PERSONNES RETRAITÉES**  
CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

## RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION

Nous vous remercions d'inscrire vos nom et prénom seulement.

S'il y a eu un changement d'adresse postale, de courriel ou de numéro de téléphone dans la dernière année, SVP inscrire vos nouvelles coordonnées pour maintenir notre liste à jour. S'il n'y a eu aucun changement seulement inscrire votre nom.

***SVP, écrire en caractères d'imprimerie.***

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ -

Adresse : \_\_\_\_\_  
(nouvelle adresse seulement)

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courrier électronique : \_\_\_\_\_  
(nouvelle adresse seulement)

---

***Joindre au formulaire le paiement de la cotisation annuelle de 30 \$,  
valide pour la période du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année suivante.***

**Les personnes ayant pris leur retraite depuis moins de 6 mois n'ont pas à payer  
la cotisation pour l'année en cours.**

---