



**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^{er} 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.**
