



## **RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION 2023-2024**

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

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 ci-dessous pour maintenir notre liste à jour.

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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Hôpital d'attache dans le CHU de Québec : \_\_\_\_\_

### **MONTANT À PAYER POUR LA COTISATION ANNUELLE : 30 \$**

Les nouveaux retraités ayant adhéré depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2022 n'ont pas à payer la cotisation pour l'année 2023-2024. Pour une confirmation de date, veuillez nous contacter.

**Si vous retournez le formulaire par la poste, SVP utiliser l'adresse suivante :**

**APR CHU DE QUÉBEC  
915, rue De Toronto  
Québec, Qc G1X 3S1**