

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Ville : _____ **Code Postal :** _____

Téléphone : _____ **Cellulaire :** _____

Courriel : _____

Type d'emploi que vous occupez (ou occupiez): _____ **Est-ce un emploi Syndiqué?**
 Oui () Non ()

Avez-vous décidé de devenir membre après avoir utilisé notre service d'information téléphonique ?
 Oui () Non ()

Cotisation 2019-2020

- () 10 \$ si vous êtes sans emploi
 () 20 \$ si vous occupez un emploi

Mode de paiement :

- En argent comptant
 Par chèque
 En ligne www.aubasdechelle.ca

() En plus de ma cotisation, je désire faire un don de _____ \$

Un reçu pour fins d'impôts vous sera envoyé pour un don de 10 \$ et plus

En devenant membre, j'adhère à la mission de l'organisme Au bas de l'échelle qui est de défendre les droits et les intérêts des travailleuses et des travailleurs et de lutter pour l'amélioration de leurs conditions de travail, notamment celles des personnes non syndiquées.

Date _____ **Signature** _____

JJ | MM | AAAA

POUR L'USAGE INTERNE SEULEMENT

Date d'approbation CA	Notes :	Membre #
JJ MM AAAA		