

Membre actif

Formulaire de cotisation

Le présent formulaire est réservé à l'usage de nouveaux adhérents.

Pour payer votre cotisation, téléchargez et retournez le formulaire, avec votre chèque fait au nom de l'association, à l'adresse de suivante: ACPQ, C.P. 1111, Succ. B, Montréal, Qc, H3B 3K9.

Je, sous nommé(e), étant accrédité(e) aux titres de *chercheur(e) professionnel(le)* et de **membre associé**, désire devenir **membre actif**** de l'ACPQ.

Renseignements sur le membre associé :

Dr *Prénom : _____ *Nom : _____

*Je suis membre associé de l'ACPQ depuis (mm/aaaa) : ____/____

*Affiliation universitaire (nom de l'institution) : _____

Renseignements sur le paiement de la cotisation :

Paiement par chèque*** : Facturez-moi OUI ___ NON ___

*Champs obligatoires pour la confirmation de votre inscription.

**Le statut de *membre actif* est conféré au *membre associé* sur paiement de la cotisation.

***S.V.P., faire le chèque au nom de l'Association des chercheurs(es) professionnels(les) du Québec.