

**2013**

**FORMULAIRE DE COTISATION**  
**SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE**  
**INTELLECTUELLE**

***Prière de retourner ce formulaire avec votre chèque***

**Section locale #:** \_\_\_\_\_

**Nom de l'employeur:** \_\_\_\_\_

<b>Nombre de travailleurs des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle : temps plein - Temps partiel -</b>	
--	--

<b>NOMBRE DE MEMBRES X 2.00 \$ = MONTANT DE LA COTISATION VOLONTAIRE POUR LES SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE</b>	\$
--	----

***Veillez libeller votre chèque à l'ordre de SCFP Ontario : – Cotisation  
volontaire – Déficience intellectuelle***

**Adressez à : Uliana Siniavskaia, Bureau régional du SCFP  
80 Commerce Valley Drive East  
Markham, Ontario L3T 0B2**

S'il vous plaît noter: Ces versements sont volontaires, mais les efforts coordonnés dans le secteur des services sociaux dépendent de la disponibilité des ressources nécessaires. Nous vous demandons donc de penser à verser ces prélèvements afin que notre travail coordonné puisse se poursuivre.