

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AFFILIATION



N° de la section locale : _____

Date : _____

Nom de l'employeur : _____

Secteur et sous-secteur					
Éducation <input type="checkbox"/>	Soins de santé <input type="checkbox"/>	Municipal <input type="checkbox"/>	Services sociaux <input type="checkbox"/>	Universitaire <input type="checkbox"/>	Transport aérien <input type="checkbox"/>
<i>Concierges et personnel de maintenance</i> <input type="checkbox"/>	<i>Ambulances</i> <input type="checkbox"/>	<i>Ambulances</i> <input type="checkbox"/>	<i>AIC</i> <input type="checkbox"/>	<i>Corps enseignant</i> <input type="checkbox"/>	<i>Agents de bord</i> <input type="checkbox"/>
<i>Aides-enseignants</i> <input type="checkbox"/>	<i>CASC Soins à domicile</i> <input type="checkbox"/>	<i>Services publics d'électricité</i> <input type="checkbox"/>	<i>SAE</i> <input type="checkbox"/>	<i>Services alimentaires et contractuels</i> <input type="checkbox"/>	<i>Autre</i> <input type="checkbox"/>
<i>Professeurs d'ALS et de patrimoine</i> <input type="checkbox"/>	<i>Hôpitaux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Cols blancs</i> <input type="checkbox"/>	<i>Services de garde</i> <input type="checkbox"/>	<i>Bibliothèques</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Personnel de bureau et technique</i> <input type="checkbox"/>	<i>Soins de longue durée</i> <input type="checkbox"/>	<i>Bibliothèques</i> <input type="checkbox"/>	<i>Organismes communautaires</i> <input type="checkbox"/>	<i>Conseil syndical des services aux étudiants</i> <input type="checkbox"/>	
	<i>Santé publique</i> <input type="checkbox"/>	<i>Soins de longue durée</i> <input type="checkbox"/>	<i>Services sociaux municipaux</i> <input type="checkbox"/>	<i>Personnel technique, gens de métier et concierges</i> <input type="checkbox"/>	
		<i>Cols bleus</i> <input type="checkbox"/>	<i>CSPAAT</i> <input type="checkbox"/>	<i>Personnel de bureau et technique</i> <input type="checkbox"/>	
		<i>Santé publique</i> <input type="checkbox"/>			
		<i>Transport en commun</i> <input type="checkbox"/>			

(Veuillez mentionner l'adresse postale ci-dessous)

PRÉSIDENT :	
ADRESSE PERSONNELLE :	
code postal	
Téléphone à la maison :	Téléphone au travail :
Télécopieur :	Téléphone cellulaire :
Courriel :	*Aimeriez-vous que nous communiquions avec vous au sujet de campagnes pertinentes pour votre section locale, région ou secteur en vous faisant parvenir un message texte? <input type="checkbox"/>

SECRÉTAIRE :	
ADRESSE PERSONNELLE :	
code postal	
Téléphone à la maison :	Téléphone au travail :
Télécopieur :	Téléphone cellulaire :
Courriel :	*Aimeriez-vous que nous communiquions avec vous au sujet de campagnes pertinentes pour votre section locale, région ou secteur en vous faisant parvenir un message texte? <input type="checkbox"/>

TRÉSORIER :	
ADRESSE PERSONNELLE :	
code postal	
Téléphone à la maison :	Téléphone au travail :
Télécopieur :	Téléphone cellulaire :
Courriel :	*Aimeriez-vous que nous communiquions avec vous au sujet de campagnes pertinentes pour votre section locale, région ou secteur en vous faisant parvenir un message texte? <input type="checkbox"/>

COCHEZ SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR VOTRE COURRIER À L'ADRESSE DE VOTRE SYNDICAT

ADRESSE DE LA SECTION LOCALE :	
code postal	
Téléphone de la section locale :	Télécopieur de la section locale :
Courriel de la section locale :	
Page Facebook de la section locale :	Compte Twitter de la section locale :