



Alliance du personnel
professionnel et technique
de la santé et des services sociaux

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom : _____

Prénom : _____

N° _____ Rue _____ App. _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone à la résidence : () _____

Cellulaire personnel : () _____

Courriel personnel : _____

Langue de correspondance : F A

Sexe : F H Date de naissance

année	mois	Jour

N° employé(e) : _____

Nom de l'établissement : _____

Lieu(x) de travail (pavillon, site, etc.) : _____

Téléphone au travail : () _____ Poste/Local : _____

Cellulaire au travail : () _____

Courriel au travail : _____

Titre d'emploi : _____

J'adhère librement à l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux. J'ai payé personnellement à titre de cotisation syndicale une somme d'au moins 2\$.

Signature du membre _____ Année/mois/jour _____