



Association professionnelle
des chargés de sécurité
transfusionnelle du Québec



Adhésion à l'APCSTQ

Année : 200__ - 201__

Par la présente,

Je **renouvelle** mon adhésion à l'APCSTQ **OU** Je désire **devenir membre** de l'APCSTQ

Nom et prénom : _____

Adresse à domicile :

No civique rue Ville Province

Code postal _____

Téléphone : () _____ - _____

Courriel : _____

Nom de l'établissement auquel vous êtes affilié(e) : _____

Titre/poste : _____

Adresse au bureau :

No civique rue Ville Province

Code postal _____

Téléphone : () _____ - _____

Télécopieur : () _____ - _____

Courriel : _____

Autre : _____

Adresse de correspondance : Domicile Travail

Cotisation annuelle : \$50.00

En tant que membre de l'APCSTQ, je m'engage à promouvoir les buts et objectifs de l'Association et à respecter ses règlements. Il est entendu que ce montant me sera remboursé si mon adhésion est refusée.

Signature : _____

Faites parvenir ce formulaire et votre chèque à :

APCSTQ
Case postale 85
305, rue St-Vallier
Chicoutimi, Québec, G7H 5H6