



ASSOCIATION DES CADRES MUNICIPAUX DE MONTRÉAL

281, St-Paul Est, bureau 200, MONTRÉAL (Québec) H2Y 1H1
 Téléphone : (514) 499-1130 Télécopie : (514) 499-1737 Courriel : acmm@acmm.qc.ca

FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ACMM

Mme M.

NOM :

PRÉNOM :

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS :

MATRICULE :

FONCTION :

STATUT D'EMPLOYÉ :

Permanent : Régulier : Contractuel :

DEPUIS LE :

FONCTION SUPÉRIEURE (s'il y a lieu) :

Cadre : SPPMM : SFMM : Autre :

DEPUIS LE :

ARRONDISSEMENT ACTUEL:

DIRECTION :

SERVICE :

DIVISION :

ADRESSE (bureau) :

Code postal :

TÉLÉPHONE (bureau):

TÉLÉCOPIEUR :

CELLULAIRE :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

NOM DE LA VILLE D'ORIGINE

(avant fusion : ancien-Montréal, ex-CUM ou arrondissement) :

DATE D'ENTRÉE À LA VILLE D'ORIGINE :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

ADRESSE (résidence) :

VILLE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE (résidence) :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

Oui, je désire obtenir une carte supplémentaire de la COOP pour mon ou ma conjoint(e).

Nom du conjoint(e) :

JE M'ENGAGE À OBSERVER LES STATUTS ET RÈGLEMENTS DE L'ASSOCIATION ET À PAYER LA COTISATION FIXÉE AU 11 MAI 2011 : 32 \$/AUX DEUX SEMAINES OU 16 \$/SEMAINE.

SIGNATURE : _____ DATE : _____



281, St-Paul Est, bureau 200, MONTRÉAL (Québec) H2Y 1H1
Téléphone : (514) 499-1130 Télécopie : (514) 499-1737 Courriel : acmm@acmm.qc.ca

AUTORISATION DE PRÉLEVER DES COTISATIONS

Je soussigné(e), _____, autorise par la présente la Ville de Montréal à retenir périodiquement sur ma paie, et ce jusqu'à avis contraire de ma part, la cotisation à l'Association et à la remettre à l'Association des cadres municipaux de Montréal.

MATRICULE :

ARRONDISSEMENT :

DIRECTION :

SERVICE :

DIVISION :

SIGNATURE : _____ DATE : _____