

DEMANDE D'ADHÉSION POUR LES MEMBRES INSTITUTIONNELS

Pour que le Comité d'adhésion de l'ACP examine votre demande, veuillez remplir tout ce qui suit :

1. **Renseignements généraux :**

Homme [] Femme []

NOM :

POSTE :

COMPAGNIE :

ADRESSE :

VILLE/PROV./CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE : _____ TÉLÉC. : _____ COURRIEL :

SITE INTERNET :

TYPE DES ACTIVITÉS :

2. Organisation: (si vous le désirez, joignez une brochure ou d'autres informations à ce formulaire)

3. Buts :

Qu'êtes-vous le plus intéressé à obtenir de l'ACP ? (cochez plus d'une case si approprié) :

[] Éducation

[] Développement professionnel

[] Contacts d'affaires et professionnels

[] Participation active aux activités de l'ACP

[] Autre (précisez svp) :

4. Niveau (voir [page des catégories](#) pour plus de détails) :

[] Adhérent : (250 \$)

[] Soutien : (500 \$)

[] Patron : (1500 \$)

[] Défenseur : (2500 \$)

[] Visionnaire : (5000 \$)

JE DÉSIRES PAYER PAR :

chèque/mandat (inclus)

Payable à : CAP

Envoyer à :

ACP, Bureau 112, Imm. McDonald,

150 Louis Pasteur

Ottawa ON K1N 6N5

Visa

Mastercard

No de carte : _____

Date d'échéance : _____

Nom sur la carte : _____

Retourner par télécopieur à 613-562-5615 ou

Courriel à cap@uottawa.ca