



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 :** [] Dr. [] M. [] Mme [] Mlle
Autre :
NOM :
POSTE :
COMPAGNIE :
ADRESSE :

VILLE : PROV. : CODE POSTAL :
TÉLÉPHONE : 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 \$)

Veuillez envoyer le formulaire rempli par courriel à membership@cap.ca et d'autres instructions seront envoyées par courriel à la personne-ressource du département