

DEMANDE D'ADHÉSION – MEMBRE AUXILIAIRE

Veuillez cocher la case appropriée à votre situation :

☐ Consommateur

☐ Entrepreneur

☐ Employé

Prénom :

Nom :

Adresse :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

NAS :

Signature du demandant :

Signé à :

Date :

☐ Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'adhésion et j'accepte les conditions.

Section réservée à l'administration

Numéro de la facture :

Commerce :