

CASIS/ACERS Formulaire d'adhésion

Veuillez imprimer ce formulaire, le compléter et le poster avec un chèque ou mandat à l'ordre de CASIS à : Boîte postale 71007, RPO L'Esplanade, Ottawa, Ontario, Canada, K2P 2L9.

Je désire adhérer à CASIS/ACERS dans cette catégorie (tous les montants en CDN\$).

membre régulier (\$35)

S'il vous plaît cochez :

universitaire universitaire retraité
 praticien praticien retraité
 citoyen intéressé

étudiant temps plein (\$25)

numéro d'étudiant _____
institution _____

Un reçu électronique vous sera émis.

Je désire renouveler mon adhésion

Je suis un nouveau member

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: (Maison) _____ (Travail) _____

Courriel:

Ces informations ne seront pas divulguées à l'extérieur de l'ACESR sans votre consentement.

Date: _____

Signature: _____