

## MEMBRE RÉGULIER FORMULAIRE D'ADHÉSION

**Veillez imprimer, remplir (en caractère d'imprimerie) et nous retourner ce formulaire.**

\*J'autorise l'APRFAE à transmettre les informations marquées d'un \* à mon syndicat d'origine. \_\_\_\_\_  
signature

\*Nom : \_\_\_\_\_  femme  homme Téléphone : \_\_\_\_\_

\*Prénom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

\*Adresse : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

\*Ville : \_\_\_\_\_ Date *réelle* de la prise de la retraite : \_\_\_\_\_

\*Code postal : \_\_\_\_\_ Date *prévue* de la prise de la retraite : \_\_\_\_\_

---

### Membre régulier

Dernier employeur : \_\_\_\_\_

Dernier emploi occupé : \_\_\_\_\_

Quel est votre régime de retraite?  
(RREGOP, RRE, FFR, etc.) \_\_\_\_\_

Syndicat d'origine : \_\_\_\_\_

*N.B. : « Ne peut être membre régulier : une personne qui est membre d'une association de personnes retraitées liée à une autre organisation de type syndical. »*

---

### Mode de paiement

#### **RETENUE MENSUELLE OBLIGATOIRE À RETRAITE QUÉBEC (4 \$/mois)**

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

(Signature obligatoire afin d'autoriser Retraite Québec à divulguer tout changement d'adresse.)

*Je pourrai en tout temps, après avis écrit de 30 jours à l'APRFAE, révoquer cette autorisation. L'APRFAE a la responsabilité d'en informer Retraite Québec qui est déchargée de toute responsabilité à cet égard.*

---

### Modes de transmission

**Par envoi postal :**   
**APRFAE**  
**100-8550, boulevard Pie-IX**  
**Montréal (Québec) H1Z 4G2**  
**(Tél. : 514-666-6969)**  
**(sans frais : 1-877-312-1727)**

**Par courriel**  
(document signé et numérisé)  
**retraites@aprfae.ca**

**Par télécopieur :**



**(514) 666-6770**