



AVIS DE COTISATION POUR L'ANNÉE 2009-2010

NOM : _____

PRÉNOM : _____

NO. MEMBRE OPTSQ : _____

NO. MEMBRE APCFQ : _____

NO. MEMBRE QAMFT : _____
(Quebec Association for Marriage and Family Therapy)

ADRESSE (domicile): _____

VILLE : _____

PROVINCE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____

TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIEL : _____

ADRESSE (bureau) : _____

VILLE : _____

PROVINCE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____

TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIEL : _____

VEUILLEZ NOUS INDIQUER TOUT CHANGEMENT AFIN DE FAIRE LA MISE A JOUR DE VOTRE DOSSIER

Secrétariat permanent

16, avenue Marien, Montréal-Est (Québec) H1B 4T7

Courriel : secretariat@apcfq.org

Site Web : www.apcfq.gc.ca

Téléphone : (514) 312-6333

Accueil : 1-888-616-0616

| CATÉGORIES | COTISATION |
|------------|------------|
|------------|------------|

MEMBRE CLINICIEN DE L'APCFQ 135 \$

CATÉGORIES SPÉCIALES (Veuillez cocher la catégorie qui correspond à votre statut)

MEMBRE DES DEUX ASSOCIATIONS 75 \$
 (APCFQ et QUAMFT (Quebec Association for Marriage and Family Therapy))

MEMBRE ÉTUDIANT (à temps plein avec preuve) 75 \$

MEMBRE RETRAITÉ 75 \$

SUGGESTIONS DE PAIEMENTS DISCRÉTIONNAIRES

| | | |
|--|--------------------------|-----------------|
| Fonds de soutien projet <i>Promotion Réseau</i> | <input type="checkbox"/> | 15 \$ |
| | <input type="checkbox"/> | 25 \$ |
| | <input type="checkbox"/> | 50 \$ |
| Autre (spécifiez la somme) | <input type="checkbox"/> | _____ \$ |
| Total | | _____ \$ |
| <input type="checkbox"/> Je veux recevoir la revue seulement par courriel | | |
| <input type="checkbox"/> Je veux recevoir la revue seulement en imprimé | <input type="checkbox"/> | 5 \$ |

Date limite : _____

Total dû : _____ \$

Signature : _____

Date : _____

Secrétariat permanent

16, avenue Marien, Montréal-Est (Québec) H1B 4T7

Courriel : secretariat@apcfq.org

Site Web : www.apcfq.qc.ca

Téléphone : (514) 312-6333

Accueil : 1-888-616-0616