



FORMULAIRE D'ADHÉSION / APPLICATION FORM

Mme / Mrs M. / Mr.

Prénom / First Name

Nom / Last Name

Adresse / Address

Ville / City

Code postal
Postal Code

Téléphone / Phone

____-____-____

Courriel / Email

Employeur / Employer

Fonction / Job Title

Je donne mon adhésion au Syndicat canadien de la fonction publique.
I adhere to the Canadian Union Public Employees.

Section locale / Local _____

J'ai payé personnellement une somme de 2,00 \$ à titre de cotisation syndicale.
I have paid the amount of \$2.00 as union dues.

Signature : _____

Témoin / Witness _____

Date :

(JJ/MM/AAAA - MM/DD/YYYY)