



FORMULE D'ADHÉSION

No. d'empl. _____

Nom _____
(Lettres moulées S.V.P.)

Prénom _____
(Lettres moulées S.V.P.)

Adresse _____
(Appartement)

Ville _____

Code postal _____ Tél. (_____)

Courriel _____

Établissement /
Département _____

Je, soussigné(e), donne librement mon adhésion au :

SYNDICAT DU PERSONNEL DE SOUTIEN PIERRE-NEVEU (CSN)

Je m'engage à en observer les statuts, règlements et décisions ainsi qu'à payer la cotisation fixée par le syndicat. J'ai payé la cotisation minimale de 2 \$ requise par le Code du travail et j'ai signé.

Date _____ 20____

X _____
Signature

Témoin
(Lettres moulées S.V.P.)