

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom : _____ Prénom : _____

Organisation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Courriel
FACTURATION : _____

Site Web : http://www. _____ Twitter : @ _____

Facebook : www.facebook.com/ _____

Secteur d'activité : _____

Code SCIAN : _____

Date d'immatriculation
d'entreprise : _____

COTISATION POUR 12 mois Catégories d'adhésion

<input type="checkbox"/>	Corporatif (incluant le travailleur autonome)	175,00 \$	+	8,75 \$	+	17,46 \$	=	201,21 \$
<input type="checkbox"/>	Nouveau membre	125,00 \$	+	6,25 \$	+	12,47 \$	=	143,72 \$
<input type="checkbox"/>	Organisme sans but lucratif	100,00 \$	+	5,00 \$	+	9,98 \$	=	114,98 \$
	Senior, junior ou nouvelle-entreprise (moins de 5 ans au REQ)	75,00 \$	+	3,75 \$	+	7,48 \$	=	86,23 \$
	Délégué(s) additionnel(s) _____	75,00 \$	+	3,75 \$	+	7,48 \$	=	86,23 \$

Nous demandons, par la présente, d'être admis comme membre de la Chambre de Commerce du Grand Joliette et acceptons de nous soumettre à ses règlements. Nous autorisons la Chambre de Commerce du Grand Joliette à publier sur son site Web www.ccgj.qc.ca nos coordonnées à titre de membre en règle de l'organisme. OUI NON (NB : Si vous ne faites aucun choix, nous considérerons l'autorisation accordée.)

NOUS DÉSIRONS...

RECEVOIR L'INFOLETTRE

Nous consentons à recevoir les communications par courriel de la Chambre de Commerce du Grand Joliette, lesquelles contiennent des informations concernant les activités et les services de la CCGJ. Il est possible de retirer notre consentement en tout temps.

OBTENIR PLUS D'INFORMATIONS SUR

- Le Régime d'assurance collective des chambres de commerce
- Le Programme d'expédition à rabais exclusif Flagship
- Le Forfait diners, qui comprend 10 billets pour assister aux diners conférences

RENOUVELER AUTOMATIQUEMENT NOTRE ADHÉSION

Le renouvellement se fera automatiquement après 1 an et ce, à chaque année, à moins d'un avis écrit dans un délai de 30 jours avant l'échéance.

Nom en lettres moulées

Signature

Date

Je désire payer par chèque, merci de me facturer.

Je désire payer par carte de crédit : Visa Mastercard

de la carte _____

Expiration _____ / _____

Code de sécurité (3 chiffres à l'endos) _____