



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION MEMBRE PARTENAIRE

### ORGANISME

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Abréviation (si applicable) : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Autre téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
(numéro sans frais)

Site internet : \_\_\_\_\_

### REPRÉSENTANT(E)

Nom - prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date : .....

Signature du représentant : .....

Merci de nous retourner le formulaire rempli par la poste ou par courriel :  
840 rue Raoul-Jobin, suite 203  
Québec (QC) – G1N 1S7  
[administration@aqcid.com](mailto:administration@aqcid.com)