



Cadre réservé à l'administration de l'AQCID:

Membre actif Membre associé
Paiement :\$ le par
RA EF RCA CE DP

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

ORGANISME

Nom de l'organisme : _____

Abréviation (si applicable) : _____

COORDONNÉES

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Autre téléphone : _____ Courriel : _____
(numéro sans frais)

Site internet : _____

Numéro de charité (si applicable) : _____

REPRÉSENTANT(E)

Nom - prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Moyen privilégié de communication : Téléphone Courriel
 Cellulaire

REPRÉSENTANT(E) SUBSTITUT

Nom - prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Moyen privilégié de communication : Téléphone Courriel
 Cellulaire



Nous vous remercions de nous adresser votre cotisation et de retourner le formulaire ainsi que les documents ci-dessous par la poste ou par courriel :

AQCID
840 rue Raoul-Jobin, suite 203
Québec (QC) – G1N 1S7
administration@aqcid.com

- ✓ Rapport annuel
- ✓ États financiers
- ✓ Résolution du conseil d'administration
- ✓ Code d'éthique de l'AQCID et déclaration de principes dûment initialisés et signés
- ✓ Le paiement de votre cotisation annuelle
 - Avec revenus de moins de 250 000\$ = 125\$
 - Avec revenus de plus de 250 000\$ = 300\$

Date :

Signature du représentant :



Résolution du conseil d'administration

Lors d'une réunion du Conseil d'administration de ses membres, tenue à :

_____ le ____/____/____, il est proposé par : _____
(ville) *(Date)*

et appuyé par : _____ que _____
(nom de l'organisme)

présente une demande d'adhésion à l'Association québécoise des centres d'intervention en

dépendance (AQCID) et que _____, _____,
(nom du représentant) *(fonction du représentant)*

soit désigné comme son représentant et que _____
(nom du représentant substitut)

_____, soit désigné comme son représentant substitut.
(fonction du représentant substitut)

Signature : _____ Date : _____