



DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSOCIATION DES RETRAITÉS DE LA MAURICIE

Je soussigné(e) désire devenir membre de l'Association des Retraités(es) et participer aux activités de :

Trois-Rivières
Shawinigan :
La Tuque :
Victoriaville :

Nom, Prénom : _____

Rue : _____

Ville : _____

Code postale : _____ Province : _____

Téléphone : ____-____-____ Cellulaire : ____-____-____ (si requis)

Matricule : _____

Adresse courriel : _____ @ _____

Date de naissance : _____ Date d'entrée en service : _____

Date de mise à la retraite : _____

Rente normale :

Valeur actualisée avec licenciement :

Valeur actualisée sans bénéfices :

Signature : _____ date : _____

Faire parvenir le formulaire à l'adresse suivante :

Maison des retraités
A/S : Marcel Fortin
CP 608
5770 boul. des Chenaux
Trois-Rivières (Québec)
G9A 5J5