



ADDS/SAQ
FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom, Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

_____ **Code Postal** _____

Téléphone (domicile) _____

Adresse courriel (dom.) _____

Afin de pouvoir exercer tous les droits et privilèges liés au statut de membre, je soussigné(e), confirme adhérer officiellement à l'Association des directeurs et directrices de succursale de la SAQ (ADDS/SAQ).

d'employé(e) : _____

Signé à : _____

En date du : _____

Signature

SVP, retourner ce formulaire (vous pouvez utiliser le courrier interne d'une succursale de la SAQ ou la poste) à :

ADDS/SAQ
905, De Lorimier
Montréal (Québec) H2K 3V9