



**ADDS/SAQ
COORDONNÉES DES MEMBRES**

Nom, Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

_____ **Code Postal** _____

Téléphone (domicile) _____

Téléphone (cellulaire) _____

Adresse courriel (dom.) _____

d'employé (e) : _____

Signé à : _____

En date du : _____

Signature

SVP, retourner ce formulaire, signé, par :

Courriel : a.soucy@saq.qc.ca

Ou

Fax : 514-864-8297

Ou

Courrier interne:

ADDS/SAQ

7500, rue Tellier

Montréal (Québec) H1N 3W5
