

**FORMULAIRE D'ADHÉSION 2019-2020**

Nom de l'entreprise : « <u>Compagnie</u> »		Année de fondation : « <u>Année_de_fondation</u> »
Adresse : « <u>Adresse</u> »		Nombre d'employés : « <u>Nombre_Employes</u> »
Ville : « <u>Ville</u> »	Province : <b>Québec</b>	Code postal : « <u>Code_Postal</u> »
Téléphone : « <u>Téléphone</u> »	Poste :	Site Internet : « <u>Site_Internet</u> »
Télécopieur : « <u>Télécopieur</u> »	Courriel comptabilité (pour facturation): « <u>Courriel_comptabilité</u> »	
Description de l'entreprise en quelques mots : « <u>Type_Entreprise</u> »		

<b>SECTEUR D'ACTIVITÉS (un seul choix)</b>	<input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Groupe - Organisme - Association(OBNL)
<input type="checkbox"/> Agriculture	<input type="checkbox"/> Alimentation	<input type="checkbox"/> Gouvernement ( Fédéral – Provincial – Municipal)
<input type="checkbox"/> Arts - Design	<input type="checkbox"/> Construction - Rénovation	<input type="checkbox"/> Services professionnels
<input type="checkbox"/> Commerce de détail   gros	<input type="checkbox"/> Restauration - traiteur	<input type="checkbox"/> Culture – Loisir - Tourisme
<input type="checkbox"/> Entreprise de services	<input type="checkbox"/> Manufacturier	<input type="checkbox"/> Automobile - Transport
<input type="checkbox"/> Environnement	<input type="checkbox"/> Immobilier	<input type="checkbox"/> Mécanique - Soudure
<input type="checkbox"/> Finances - Assurances	<input type="checkbox"/> Informatique ( TI)	<input type="checkbox"/> Médias
<input type="checkbox"/> Ressources Humaines	<input type="checkbox"/> Santé	<input type="checkbox"/> Autres

	CATÉGORIE		Nombre de délégué (s)	TARIF	TARIF
				sans taxes	avec taxes
<b>NIVEAU 1*</b>	OBNL	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	135.00 \$	155.22 \$
	1 à 9 employés	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	155.00 \$	178.21 \$
<b>NIVEAU 2*</b>	10 à 25 employés	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	210.00 \$	241.45 \$
	26 à 50 employés	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	260.00 \$	298.94 \$
<b>NIVEAU 3*</b>	51 à 125 employés	<input type="checkbox"/>	<b>3</b>	310.00 \$	356.42 \$
	126 à 250	<input type="checkbox"/>	<b>3</b>	400.00 \$	459.90 \$
<b>NIVEAU 4*</b>	251 et plus	<input type="checkbox"/>	<b>4</b>	500.00 \$	574.88 \$

\*Délégué supplémentaire (57.49 \$ TTI)

	Prénom Nom	NAISSANCE (AAAA)	Courriel :
1			
2			
3			
4			
5			

**Si vous ne désirez pas renouveler votre adhésion à la CCICQ, svp, cocher les cases appropriées et retourner le formulaire par télécopieur au 819 294-6020 ou par courriel à [info@ccicq.ca](mailto:info@ccicq.ca).**

Signature : _____ Date : _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Nous ne désirons pas renouveler notre adhésion à la CCICQ : <input type="checkbox"/></li> <li>♦ Raison (optionnel) : _____</li> </ul>
--------------------------------	--

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Veillez libeller votre chèque à l'ordre de : CCICQ et nous le retourner avec votre formulaire d'adhésion à l'adresse suivante : 17 905, boulevard des Acadiens, Bécancour, (QC) G9H 1M4. Si vous désirez effectuer votre paiement par AccèsD ou par paiement direct, contactez-nous au 819 294-6010 ou par courriel à [info@ccicq.ca](mailto:info@ccicq.ca). Il nous fera plaisir de vous transmettre les informations.

No. de facture :



	Date du paiement :	Lettre <input type="checkbox"/>	Access <input type="checkbox"/>	Simple <input type="checkbox"/>	Outlook <input type="checkbox"/>	Site internet <input type="checkbox"/>
--	--------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--