



## FORMULAIRE D'ADHÉSION 2020-2021

Adhésion (nouveau membre) :

Renouvellement :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Ministère/Organisme/Entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Coordonnées téléphoniques (réservé à l'usage des membres de l'ARGP) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Par la présente, je souhaite devenir membre de l'Association des responsables de la gestion des plaintes (ARGP) et m'engage à respecter les statuts et règlements en vigueur.

En date du : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Veillez faire parvenir votre formulaire à l'adresse courriel suivante : [info@argp.ca](mailto:info@argp.ca)