



**ASSOCIATION DES RESPONSABLES
DE LA GESTION DES PLAINTES
DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC**

Un réseau stratégique en gestion de plaintes

FORMULAIRE D'ADHÉSION 2017-2018

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

Ministère/Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Coordonnées téléphoniques (Réservé à l'usage des membres de l'ARGP) :

Coordonnées publiques de votre service (si différent) :

Courriel : _____



Je désire offrir un accompagnement à titre de mentor auprès d'un autre membre de l'ARGP

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 : _____

X

Veillez faire parvenir votre formulaire à l'adresse courriel suivante : info@argp.ca

Prière de faire parvenir votre chèque au montant de 150.00 \$ à l'ordre de l'ARGP à l'adresse suivante :

Association des responsables de la gestion des plaintes (ARGP)
a/s de Steve Lambert
1005, Chemin Sainte-Foy, 2e étage,
Québec (Québec) G1S 2M1