



Association des personnes retraitées de l'INRS

## Formulaire de renouvellement de l'adhésion

Nom :	Prénom :
Adresse (ajouter le n° d'app., s'il y a lieu):	
Ville :	Code postal :
Téléphone domicile :	Cellulaire :
Courriel :	

**Votre adhésion est à renouveler à compter du 1<sup>er</sup> septembre de chaque année.  
Le renouvellement est valide jusqu'au 31 août de l'année suivante, soit une (1) année.  
Le montant de la cotisation annuelle s'élève à 30 \$.**

Signature :	Date :
-------------	--------

Nous vous invitons à payer la cotisation par un **Virement Interac** selon les informations suivantes :

- Nom : APRES-INRS
- Courriel : [apresinrs@inrs.ca](mailto:apresinrs@inrs.ca)

Nous préférons le paiement par Interac. Toutefois, si vous n'êtes pas en mesure de le faire, vous pouvez payer la cotisation par chèque. Sur réception d'un courriel de votre part, le trésorier de l'APRES-INRS vous donnera les instructions pour effectuer votre paiement par chèque.

**N'oubliez pas de nous envoyer par courriel le présent formulaire dûment rempli à l'adresse indiquée ci-haut en cochant ci-après votre choix du mode de paiement :**

**Virement Interac :**

**Chèque :**

Pour plus d'informations sur l'APRES-INRS, veuillez consulter le site internet [www.apres.inrs.ca](http://www.apres.inrs.ca)