



Information personnelle

M. Mme

NOM _____ PRÉNOM _____
ADRESSE DOMICILE _____ VILLE _____
PROVINCE _____ CODE POSTAL _____
TÉLÉPHONE _____ TÉLÉCOPIEUR _____ COURRIEL _____

Employeur

RAISON SOCIALE, SOCIÉTÉ OU EMPLOYEUR _____ TITRE _____
ADRESSE _____ VILLE _____
PROVINCE _____ CODE POSTAL _____
TÉLÉPHONE _____ TÉLÉCOPIEUR _____ COURRIEL _____

Profil professionnel

Je désire recevoir la correspondance : Courriel domicile Courriel employeur

Abonnement aux envois par courriel : J'accepte de recevoir les courriels.

Type de service : Cabinet ou service en entreprise Micro-entreprise
 Organisme publique ou établissement d'enseignement

Nombre de personnes qui font partie du service ou du cabinet :

Traducteur(s) : _____ Terminologue(s) : _____ Personnel de soutien : _____

Voulez-vous faire partie du répertoire des membres : Oui Non

Coût de l'adhésion

Cabinet ou service en entreprise – Individuel :
350,00 \$ (taxes en sus)

Cabinet ou service en entreprise – Multiple :
550,00 \$ (taxes en sus)

Organisme gouvernemental ou
paragouvernemental : 350 \$ (taxes en sus)

Micro-entreprise ou établissement
d'enseignement supérieur : 150 \$ (taxes en sus)

La cotisation est valide du 1^{er} septembre au 31 août
de chaque année.

Paiement par carte de crédit

VISA MASTERCARD

Nom du titulaire

Numéro de la carte

Signature du titulaire

Date d'expiration

TPS 119771871 | TVQ 1012764291