DATE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRÉNOM, NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESSE :(de correspondance) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VILLE, PROVINCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

No téléphone : (avec code rég.) (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse électronique : (courriel) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre ancien employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorisation de mettre vos renseignements sur le bottin de l’APOM sur notre site internet : oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

**S.V.P., RETOURNEZ UNE COPIE DE CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI PAR COURRIEL. UNE FACTURE SERA ÉMISE.**

Pour plus d’information, veuillez contacter Mme Line Tremblay, par courriel : info@apom-quebec.ca