



# Formulaire d'adhésion

7245, rue Clark, bureau 305, Montréal (Qc) H2R 2Y4  
Tél. : 514 499-1130 • [ccrm@ccrm-mtl.com](mailto:ccrm@ccrm-mtl.com)



*Veuillez remplir ce formulaire et nous le faire parvenir par la poste ou par courriel: [ccrm@ccrm-mtl.com](mailto:ccrm@ccrm-mtl.com).*

## IDENTIFICATION DU NOUVEAU MEMBRE

Madame    Monsieur

Matricule :

Date de naissance :

Prénom :

Nom :

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Coordonnées postales :

Ville:

Code postal :

Téléphone:

Cellulaire :

Adresse électronique :

Prénom et nom du conjoint.e :

## Veuillez préciser les informations concernant votre régime de retraite

Régime de retraite antérieur modifié (IMI – 4)

Nouveau régime de retraite (IMI – 3)

Autre régime de retraite. Veuillez spécifier:

## Ainsi que plan d'assurance collective

Plan individuel

Plan familial. Nombre de personnes à la charge :

Je ne souscris pas au plan d'assurance collective de mon Ex-employeur

## RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Date d'embauche à la Ville de Montréal :

Date de retraite :

Titre de votre fonction de cadre lors de votre départ à la retraite :

Je consens à ce que mon nom et no de téléphone soient inscrits dans le bottin téléphonique de la CCRM

Je consens à ce que mon adresse courriel soit inscrite dans le bottin téléphonique de la CCRM

J'accepte de recevoir par courriel les communications de la CCRM

J'autorise les administrateurs de la CCRM à effectuer les mises à jour de mes coordonnées

J'autorise qu'on prélève à la source la somme de **4 \$ par rente** à titre de cotisation à la CCRM ainsi qu'une contribution unique de 10 \$ lors de mon adhésion

Je m'engage à me conformer à la *constitution et aux règlements* de la Conférence des cadres retraités de Montréal

Signature :

Date :