

	791, rue Jarry Est Montréal (Québec) H2P 1W3 Tél. : (514) 872-7931 (514) 272-0818 Télécopieur : (514) 872-7536 Courriel : aer@bellnet.ca	<b>À l'usage du bureau</b>	
		Cotisation périodique	

**FORMULAIRE D'ADHÉSION** - Association des employés retraités de la Ville de Montréal

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Adresse : \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
no. app. no. rue ville province code postal

Tél : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Date de retraite : \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ Dernière fonction occupée : \_\_\_\_\_  
année mois jour

Montant de la rente : \_\_\_\_\_ Années de service : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Je, soussigné (e) autorise par la présente la caisse de retraite à retenir périodiquement sur mon chèque de rente le montant des cotisations jusqu'à avis contraire et à les remettre à l'Association des employés retraités de la Ville de Montréal Inc. Si vous désirez adhérer à l'assurance maladie, vous pouvez obtenir un formulaire d'adhésion en appelant au (514) 872-7931 ou au (514) 272-0818.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

- Col Blanc     Col bleu     Pompier     Contremaître     Cadre     Professionnel  
 Conjoint survivant     Ville     C.U.M.     Associé

**Remplissez ce formulaire et retournez-le au bureau de l'A.E.R. à l'adresse ci-haut mentionnée.**