



791, rue Jarry Est
Montréal (Qc) H2P 1W3

Tél. : 514 272-0818

Courriel : aer@bellnet.ca

Site internet: www.aervm.org

À l'usage du bureau

Cotisations
périodiques

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 pourrez obtenir un formulaire d'adhésion en appelant au 514 272-0818., par courriel aer@bellnet.ca ou sur notre site internet www.aervm.org sous l'onglet "DOCUMENTS/Formulaires".

Signature

Date

- Col Blanc Col bleu Pompier Contremaître Cadre Professionnel
 Conjoint survivant Montréal Autre ville _____ Associé

Remplissez ce formulaire et retournez-le au bureau de l'A.E.R. à l'adresse ci-haut mentionnée
ou par courriel à : aer@bellnet.ca