



Le regroupement
des employés
retraités de la Ville
de Montréal inc.

FORMULAIRE D'ADHÉSION POUR DEVENIR MEMBRE DU RER-VM

Cotisation : 1,00 \$ (libeller le chèque à l'ordre de : AER-VM)

- Cadre Col blanc Professionnel Contremaître
- Col bleu Pompier C.S.E.M. Autres villes et agglomérations
- Conjoint survivant

Nom: _____

Prénom: _____

Homme

Femme

Date de naissance: _____

Matricule: _____

No assurance sociale: _____

Régime :

Enrichi

De base

Statut pour assurance (cocher) :

Plan individuel

Plan familial

Je, soussigné(e), autorise par la présente le bureau de la paie à retenir périodiquement sur mon chèque de pension, le montant des cotisations et le montant des primes de l'assurance accident-maladie-voyages-annulation et ce, jusqu'à avis contraire, à les remettre au Regroupement des employés retraités de la Ville de Montréal Inc.

Signé le : ____ / ____ / ____

Jour mois année

Signature

Le RER-VM
REGROUPEMENT DES EMPLOYÉS RETRAITÉS DE LA VILLE DE MONTRÉAL (RER-VM)
791, rue Jarry, Montréal (Québec) H2P 1W3
Téléphone: 514 272-0818 • Courriel: aer@bellnet.ca • www.aervm.org