



Syndicat
des professionnelles,
techniciennes et techniciens
de la santé et des services sociaux
CAPITALE-NATIONALE



FORMULE D'ADHÉSION

Nom : _____
(Lettres moulées S.V.P.)

Prénom : _____
(Lettres moulées S.V.P.)

Adresse : _____
(Appartement)

Ville : _____

Code postal : _____ Tél. : (_____) _____

Courriel : _____

Je consens à ce que la CSN communique avec moi par courriel.

Titre d'emploi : _____

Programme : _____

Département : _____

Point de service : _____

Je, soussigné(e), donne librement mon adhésion au :
**SYNDICAT DES PROFESSIONNELLES, TECHNICIENNES ET TECHNICIENS DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX CAPITALE-NATIONALE-CSN (SPTSS-CSN)**
Je m'engage à en observer les statuts, règlements et décisions ainsi qu'à payer la
cotisation fixée par le syndicat. J'ai payé la cotisation minimale de 2 \$ requise par le
Code du travail et j'ai signé.

Date : _____ 20 _____

X _____
(Signature)

Témoïn : _____
(Lettres moulées S.V.P.)