



DEMANDE D'ADHÉSION INDIVIDUELLE À L'ACARR

VOS COORDONNÉES

Nom :

Poste :

Entreprise :

Adresse :

Ville :

Province / état :

Code postal :

Tél. :

Télec. :

Courriel :

URL de l'entreprise :

Nom anglais officiel de l'entreprise:

VOS PRÉFÉRENCES

Langue préférée pour les communications de l'ACARR Français Anglais

Coordonnées incluses dans le répertoire des membres? Oui Non

Pour connaître notre politique de protection des renseignements personnels, consultez notre site Web à l'adresse www.acpm-acarr.com

COLLECTE DE DONNÉES (promoteurs et administrateurs de régimes)

Nous vous demandons de nous fournir les renseignements suivants pour nous aider à mettre notre base de données nationale à jour. Nous vous assurons que ces renseignements resteront confidentiels et serviront uniquement à des fins statistiques.

	Régime 1	Régime 2	Régime 3
Nom du régime :			
Catégories de plan (ex : PD, CD):			
Nombre de participants actifs :			
Nombre de participants retraités:			
Nombre de participants inactifs :			
Actif total de la caisse:			

**SECTEUR D'ACTIVITÉ** Veuillez indiquer votre secteur d'activité. Cochez tous ceux qui s'appliquent.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrateurs et promoteurs de régimes, fiduciaires de caisses de retraite | <input type="checkbox"/> Société de placement |
| <input type="checkbox"/> Administrateurs de régimes (fournisseurs de services) | <input type="checkbox"/> Cabinet d'actuares |
| <input type="checkbox"/> Dépositaire/société de fiducie/responsable des registres | <input type="checkbox"/> Gouvernement/organisme de réglementation |
| <input type="checkbox"/> Cabinet d'avocats | <input type="checkbox"/> Société de gestion des RH |
| <input type="checkbox"/> Société d'experts-conseils ou de courtage | <input type="checkbox"/> Membre d'un organisme pour personnes retraitées/Syndicat |
| <input type="checkbox"/> Cabinet comptable | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____ |

NOM D'UTILISATEUR ET MOT DE PASSE Veuillez choisir un nom d'utilisateur comportant entre 8 en 20 caractères, et uniquement des chiffres et des lettres (aucun espace).

Nom d'utilisateur :

Mot de passe :

Frais d'adhésion générale

Particulier	Personne qui travaille dans le secteur du revenu de retraite ou des avantages sociaux ou qui s'y intéresse.	575 \$
Retraité	Personne qui ne travaille plus dans le secteur du revenu de retraite ou des avantages sociaux à quelque titre que ce soit, mais qui désire demeurer affilié à l'ACARR.	75 \$
Étudiant	Étudiant à temps plein désirant devenir membre de l'ACARR. Pour plus d'information, veuillez envoyer un courriel à adhesion@acpm.com .	0 \$

Frais d'adhésion pour promoteurs de régime (promoteurs et administrateurs de régimes, fiduciaires de caisses de retraite)

Particulier	Personne qui représente ou qui administre son propre régime de retraite. (Ne s'applique pas aux administrateurs qui sont aussi des fournisseurs de services. Veuillez plutôt faire application à l'adhésion générale ci-haut.)	495 \$
Groupe	Pour profiter du rabais pour adhésion de groupe des promoteurs de régimes, veuillez contacter le bureau national par courriel à adhesion@acpm.com afin de discuter des diverses options.	

Taxes [Les taxes sont calculées selon la province de résidence de l'adhérent. QC – 14.98% (TPS& TVQ) AB, C-B, MB, SK, YK, NWT, NT – 5%;; ON, NL, NB – 13%;; NS- 15%, PE – 14%, et US & int'l - 0%]

\$

 N° d'exemption**TOTAL (CAD)**

\$

MODE DE PAIEMENT

- Chèque** payable à l'ordre de l'ACARR envoyé à: **ACARR, 1255, rue Bay, bureau 304, Toronto (Ontario) M5R 2A9**
- Carte de crédit** Postez la facture à l'adresse susmentionnée ou télécopiez-la au numéro **416 964-0567** ou transmettez-la par courriel à l'adresse adhesion@acpm.com

 Visa MasterCard AMEX Numéro de carte :

Échéance :

Nom apparaissant sur la carte:

(TPS/TPV #R10519425, TVQ#1210404704)