



## ESCOMPTE SPÉCIAL - 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  AnglaisCoordonnées 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](http://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 et 20 caractères, et uniquement des chiffres et des lettres (aucun espace).

Nom d'utilisateur :

Mot de passe:

**Frais d'adhésion générale - Actif**

Personne qui travaille dans le secteur du revenu de retraite ou des avantages sociaux ou qui s'y intéresse.

595 \$

~~-119 \$~~**476 \$****Escompte spécial – 20 % (l'offre expire le 31 janvier 2021)****Frais d'adhésion pour promoteurs de régime (promoteurs et administrateurs de régimes, fiduciaires de caisses de retraite, et les employés du gouvernement)**

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 \$

~~-99 \$~~**396 \$****Escompte spécial – 20 % (l'offre expire le 31 janvier 2021)**

Taxes: QC – 14.98% (TPS&amp; TVQ)

\$

 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](mailto:adhesion@acpm.com)

 Visa  MasterCard  AMEX Numéro de carte :

Échéance :

Nom apparaissant sur la carte:

(TPS/TPV #R10519425, TVQ#1210404704)