



FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT 2019-2020

ASSOCIATION DES CONSEILS
EN GESTION LINGUISTIQUE

Information personnelle

M. Mme

NOM

PRÉNOM

ADRESSE DOMICILE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

COURRIEL

Employeur

RAISON SOCIALE, SOCIÉTÉ OU EMPLOYEUR

TITRE

ADRESSE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

COURRIEL

Profil professionnel

Je désire recevoir la correspondance : Domicile Employeur

Abonnement aux envois par courriel : J'accepte de recevoir les courriels.

Type de service : Cabinet Entreprise privée Organisme public

Nombre de personnes qui font partie du service ou du cabinet :

Traducteur(s) : _____ Terminologue(s) : _____ Personnel de soutien : _____

Voulez-vous faire partie du répertoire des membres : Oui Non

Coût de l'adhésion

Individuelle : 350,00 \$ (taxes incluses)

Entreprise : 525,00 \$ (taxes incluses)

Entreprise œuvrant au sein d'organismes gouvernementaux, paragouvernementaux et d'enseignement supérieur : 350 \$ (taxes incluses)

La cotisation est valide du 1^{er} mai au 30 avril de chaque année.

TPS 119771871 | TVQ 1012764291

Paiement par chèque

Chèque ci-joint

Paiement par carte de crédit

VISA MASTERCARD

Nom du titulaire

Numéro de la carte

Signature du titulaire

Date d'expiration