

FORMULAIRE DE DEMANDE – AFFILIÉ

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Courriel : _____

Site Internet : _____

Représentant : _____ Titre: _____

Courriel : _____

Veillez cocher la case appropriée à votre entreprise :

- Agence de publicité
- Avocat
- Commanditaire de l'industrie
- Comptable
- Ingénieur
- Organisme de financement
- Radiodiffuseur
- Autre (précisez) _____

Signature du représentant

Date

Pour connaître le montant de la cotisation, veuillez consulter la grille sur notre site Internet :

http://adisq.com/medias/pdf/fr/Grille-cotisation-2017-2018_AFFILIE-final.pdf

