



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Mme :

M.

Matricule

No mbre:

Prénom :

Nom :

Adresse :

Ville :

Téléphone :

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Courriel :

Employeur :

Fonction :

Je donne mon adhésion au Syndicat canadien de la fonction publique,

section locale :

4	2	5	0
---	---	---	---

Signature :

Témoïn

Date :

J	J	M	M	A	A	A	A

