



# FORMULE D'ADHÉSION

Catégorie : \_\_\_\_\_

No d'empl. \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_  
(Lettres moulées S.V.P.)

Prénom \_\_\_\_\_  
(Lettres moulées S.V.P.)

Adresse \_\_\_\_\_  
(Appartement)

Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Département \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), donne librement mon adhésion au :

Syndicat des travailleuses et des travailleurs du CIUSSS du  
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - CSN

Je m'engage à en observer les statuts, règlements et  
décisions ainsi qu'à payer la cotisation fixée par le syndicat.  
J'ai payé la cotisation minimale de 2 \$ requise par le Code du  
travail et j'ai signé.

Date \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Témoïn  
(Lettres moulées S.V.P.)