



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.)