

DEMANDE D’AFFILIATION AU CONSEIL RÉGIONAL FTQ MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

NOUS DÉSIRONS, PAR LA PRÉSENTE, CE _____ JOUR DE _____ DE L’AN _____, NOUS AFFILIER AU CONSEIL RÉGIONAL FTQ MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, À COMPTER DU MOIS DE _____ DE L’AN _____.

NOM DU SYNDICAT (SIGLE)

N° DE LA SECTION LOCALE

SECTION LOCALE COMPOSÉE : OUI
 NON

SI OUI, NOUS JOIGNONS À CE FORMULAIRE, LA LISTE DES NOMS D’EMPLOYEURS. ¹

NOM DE L’EMPLOYEUR

ADRESSE DE L’EMPLOYEUR

ADRESSE DE LA SECTION LOCALE

TÉLÉPHONE – EMPLOYEUR

Code régional

TÉLÉCOPIEUR – EMPLOYEUR

Code régional

TÉLÉPHONE – SECTION LOCALE

Code régional

TÉLÉCOPIEUR – SECTION LOCALE

Code régional

COURRIER ÉLECTRONIQUE – SECTION LOCALE

SITE WEB – SECTION LOCALE

VEUILLEZ INDIQUER CI-CONTRE LE NOMBRE DE MEMBRES DE VOTRE SECTION LOCALE

Le nombre de membres détermine le nombre de personnes déléguées auquel vous avez droit. (VOIR LE TABLEAU DE REPRÉSENTATION DES ORGANISMES SUR LE FORMULAIRE LETTRE DE CRÉANCE).

SECTION LOCALE COMPOSÉE

SI LA SECTION LOCALE EST COMPOSÉE, C’EST-À-DIRE QU’ELLE COMPORTE PLUSIEURS NOMS D’EMPLOYEURS, NOUS APPRÉCIERIONS GRANDEMENT QUE VOUS ANNEXIEZ LA LISTE DES NOMS D’EMPLOYEURS AU PRÉSENT FORMULAIRE (INCLUANT, SI POSSIBLE, LEURS COORDONNÉES).

¹ CETTE INFORMATION PERMETTRA AU CONSEIL DE CONNAÎTRE LA PRÉSENCE SYNDICALE DANS LES VILLES ET DANS LES ARRONDISSEMENTS.

Ci-inclus, un chèque au montant de

\$

Dollars Cents

couvrant le premier mois de capitations.

LISTE DES PERSONNES DÉLÉGUÉES AU CONSEIL



Ci-inclus également une copie de la **LETTRE DE CRÉANCE** indiquant les noms, adresses et courriels de nos personnes déléguées mandatées pour nous représenter aux assemblées du Conseil régional.

CAPITATIONS AU CONSEIL

Veillez consulter notre site Web au <https://montrealmetro.ftq.qc.ca> et vous référer, dans le menu principal situé à gauche, aux indications se trouvant sous **Affiliation au Conseil, Capitations**. Vous y trouverez tous les détails concernant le montant des capitations par membre/par mois ainsi que le formulaire de remise de capitations pour effectuer votre paiement.

VEUILLEZ INDIQUER À LA PAGE 2, LES NOMS DES PERSONNES DIRIGEANTES DE VOTRE SECTION LOCALE



Révision : Juillet 2018 – sv/crftqmm

CONSEIL RÉGIONAL FTQ MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

565, boulevard Crémazie Est, bureau 2500, Montréal (Québec) H2M 2V6

Téléphone : 514 387-3666 Télécopieur : 514 387-4393

crftqmm@ftq.qc.ca, www.montrealmetro.ftq.qc.ca

Veillez retourner ce formulaire à : crftqmm@ftq.qc.ca ou le télécopier.

 Signature du président ou de la présidente

 Signature du secrétaire ou de la secrétaire

PERSONNES DIRIGEANTES DE VOTRE SECTION LOCALE

NOM DU SYNDICAT (SIGLE) : _____

N° DE LA SECTION LOCALE : _____

FONCTION À L'EXÉCUTIF	NOM	ADRESSE	TÉL. MAISON <small>Code régional</small>	TÉL. TRAVAIL <small>Code régional</small>	CELLULAIRE <small>Code régional</small>	COURRIER ÉLECTRONIQUE	NOM DE L'EMPLOYEUR (NOM COMPLET)
Président ou présidente			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		
Vice-président ou vice-présidente			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		
Vice-président ou vice-présidente			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		
Secrétaire-trésorier ou secrétaire- trésorière			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		
Secrétaire- correspondant ou secrétaire- correspondante			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		
Secrétaire- archiviste			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		
Directeur ou directrice			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		
Directeur ou directrice			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		
Directeur ou directrice			<input type="text"/>	<input type="text"/> POSTE :	<input type="text"/>		