



Association des retraités de la
Banque Laurentienne
et de ses filiales participantes

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone maison : _____ Tél. cellulaire : _____

Adresse : _____ Appartement: _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Adresse courriel (*): _____

No. D'employé(e) : _____ Date de naissance : _____

Date d'embauche : _____ Date de retraite : _____

Dernier endroit travaillé : _____ No. : _____

Dernier poste occupé : _____

J'autorise la Banque Laurentienne ou la BMO Assurance à déduire de ma rente la cotisation de 5,00\$ par mois. Le renouvellement annuel se fera automatique à moins d'un avis écrit de l'adhérent.

J'autorise l'association des retraités de la banque Laurentienne et de ses filiales participantes à afficher mes informations personnelles dans le bottin des membres.

() La majorité des communications se feront via courriel, sauf envois spéciaux. Assurez vous de nous tenir informés de tous changements.*

Signature : _____ Date : _____

POSTER À : FRANCINE LANDRY, 1674, rue Lepailleur Montréal QC H1L 6E1

POUR INFORMATION : TÉL. (438) 380-1380 COURRIEL : flandry9@gmail.com