

DEMANDE D'ADHÉSION



Ontario Association of
Adult and Continuing Education
School Board Administrators

Nom de famille _____

Prénom _____ Appel: (M. Mme. Mlle. Autre _____)

Position _____ Conseil scolaire/Organisation _____

École/Site _____ Téléphone d'affaires: _____

Adresse comm.: _____

Ville _____ Code postal _____

Courriel _____ (employée pour la confirmation)

CESBA ne partage les informations de contact qu'avec ses members

Je ne désire pas partager les informations de contact.

J'appuie et j'adhère à l'objectif principal de CESBA, à savoir, « *De promouvoir et de soutenir la cause de l'éducation des adultes et de l'éducation permanente* » et je conviens de respecter les règlements administratifs de CESBA.

Date _____ Signature _____

Paiement:

Le montant annuel de la cotisation (1er décembre- 30 novembre) est de 95\$

Dès le premier mars, le montant semi-annuel est de 65\$

Après le premier août, les honoraires sont \$30

La TPS est comprise (#882254410RT)

Un chèque est ci-inclus

On vous téléphonera l'information de carte de crédit

Un chèque sera expédié

Les informations de la carte de crédit sont incluses

la carte de crédit:

MasterCard

Visa

Numéro _____ / _____ / _____ / _____ Expiration ____ / ____

Nom sur la carte _____ Signature _____

Chèques: Expédiez cette formule de demande avec le chèque au bureau de CESBA.

Cartes de crédit: Envoyez la formule de demande au bureau de CESBA par télécopieur

CESBA Box 611 Iroquois ON K0E 1K0

Téléphone: (613) 652-1595 Télécopieur: (613) 652-4297 Courriel: cesba@cesba.com