



Ce programme est offert à tous les membres **réguliers** de l'ABC qui sont actuellement sans emploi et à la recherche d'un emploi, ou qui sont en congé de maladie ou d'invalidité, et dont le statut de membre était en règle au cours de l'année d'adhésion précédente.

Numéro de membre

Nom

Adresse

Téléphone

Courriel

CONDITIONS REQUISES

Je certifie que je suis actuellement membre **régulier** de l'ABC et que ma cotisation de membre a été intégralement payée au cours de l'année d'adhésion précédente.

Je suis actuellement en congé en raison de maladie ou d'invalidité pour la période allant du

..... au

Je suis présentement sans emploi et à la recherche d'un emploi. Je n'agis pas à titre de consultant(e), n'assume aucune fonction professionnelle, ni ne poursuis d'études à temps plein.

Je comprends que je suis autorisé(e) à me prévaloir du Programme d'exonération des cotisations et que je puis être dispensé(e) de verser ma cotisation de membre pour une période maximale d'un an. Durant cette période, je recevrai, chaque trimestre, une facture de ma cotisation de membre. Cependant, je peux continuer à bénéficier du Programme d'exonération des cotisations en avisant l'ABC que je suis toujours sans emploi.

Dès que je retrouve un emploi, je m'engage à en aviser l'ABC immédiatement.

.....
Signature du membre ou personne-ressource

.....
Date

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE PAR LA POSTE, PAR COURRIEL OU PAR TÉLÉCOPIEUR À:

Services aux membres

500-865, avenue Carling, Ottawa (Ontario), Canada K1S 5S8

sans frais : 1.800.267.8860 | téléc : 613.237.0185 | memberservice@cba.org | www.cba.org