

ACPS Formulaire de demande d'affiliation

ACPS:

Date de Renouvellement:

Visitez notre site internet pour renouveler en ligne au: <http://www.cspa.ca>

204 - 1468 rue Laurier
 Rockland, ON
 Canada K4K 1C7
 Téléphone: (613) 419-0908
 Télécopieur: (613) 916-6008
 courriel: Office@acps.ca



Remplissez toutes les cases appropriées correctement et/ou faire les changements ou nécessaire. Veuillez IMPRIMER clairement. Poster ou télécopier cette demande d'affiliation à l'adresse indiquée ci-haut en temps pour la date de renouvellement.

Membre pour l'affiliation

Nom du DZ / PSO / Club

 Nom Initial Prénom

APP #, Adresse:

 Ville Province Code Postal

 Pays Courriel Anglais Français

 Téléphone Téléphone -Travail Cellulaire:

 Télécopieur Date de Naissance (m / j / a) Masculin Féminin

 Sauts - Dernier 12 Mois Sauts Totaux Genre de DDA sur équipement personnel

 Temps accumulé en Chute Libre Mauvais Fonctionnement - Dernier 12 Mois Mauvais Fonctionnement Partiel - Dernier 12 Mois # et Genre de Blessure(s)

Notes:

- Votre carte d'affiliation sera envoyée par courrier postal.
- Tous privilèges d'affiliation prennent fin 12 mois suivant le dernier jours du mois de la réception de cette carte au bureau national de l'ACPS ou 12 mois après la date d'échéance de l'affiliation précédente si ce n'est pas expiré..
- Un frais de \$30.00 sera payable pour tous chèques retournés.
- Chèques anti-daté ne sont pas acceptés.

Veuillez joindre vos frais d'affiliation: Participant régulier - \$94.00

Montrez votre soutien à l'équipe Nationale Canadienne en incluant un don d'argent de:

Choisir: PV VR FSV V&PA Artistique Wingsuit Fonds d'équipes \$ _____

Reçu d'impôt/dons requis: Oui Non

Méthode de paiement: VISA Mastercard Chèque Mandat Postal

de carte de crédit: _____ Date d'expiration: _____ Total \$ _____

Nom sur la carte: _____

En tant que Participant Enregistré, je consens à recevoir des communications de l'ACPS qui sont pertinentes pour mon affiliation, incluant des messages électronique commerciaux, bulletins, rappels et mises à jour.

Parapher Ici

Je m'engage à respecter les règlements et les recommandations de l'Association Canadienne du Parachutisme Sportif lors de mes sauts en parachute/ Je certifie que l'autorisation pour le frais chargé (si requis) est correcte tel qu'indiqué.

 Date

 Signature