



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA GESTION PARASITAIRE

DEMANDE D'ADHÉSION - Membre probatoire

INFORMATION GÉNÉRALE

Nom de l'entreprise

Numéro d'entreprise au Registre des entreprises du Québec (REQ)

Nom(s) de la/des succursale(s) de votre entreprise

No. de permis du MDELCC

Assurance

No. du certificat d'utilisation commercial

Responsable

Date de fondation

Date d'achat par le propriétaire actuel

Temps plein : _____ Temps partiel : _____

Nombre de techniciens

COORDONNÉES

Adresse

Ville

Province

Code Postal

Téléphone bureau

Cellulaire

Courriel

Site Internet

Abonnement aux envois par courriel : J'accepte de recevoir les courriels.

PROFIL

Description de votre expérience (*en gestion parasitaire ou autre*)

Description des services et/ou activités de votre entreprise

Êtes-vous ou avez-vous été membre de d'autres associations? Oui Non

Si oui lesquelles? _____

RÉFÉRENCE D'AFFAIRES AVEC VOTRE ENTREPRISE (*Fournisseur*)

Nom

Téléphone

Adresse

Ville

Province

Code Postal

SIGNATURE D'UN MEMBRE EN RÈGLE QUI PARRAINE VOTRE ENTRÉE DANS L'AQGP

Signature du membre en règle

Nom de l'entreprise

Je désire devenir **MEMBRE PROBATOIRE** de l'Association québécoise de la gestion parasitaire, et si accepté je m'engage à me conformer au Code d'éthique et aux règlements de l'Association. Je comprends que je ne serai membre que lorsque j'aurai reçu une confirmation écrite du président en fonction.

Signature de l'adhérent

Date

VERSO



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA GESTION PARASITAIRE

DEMANDE D'ADHÉSION – Membre probatoire

MEMBRE PROBATOIRE : Les nouveaux membres auront le statut de membre probatoire. Ils devront être suivis pendant deux ans par leur parrain qui est un membre en règle de l'Association.

Les membres probatoires auront les mêmes avantages que les membres actifs, mais ils auront l'obligation d'assister à toutes les séances de formation présentées par l'AQGP.

COÛT ET PROCÉDURE D'ADHÉSION

ÉTAPE 1 : Paiement des frais de droit d'entrée et étude de dossier : **373,67\$** (325\$+taxes) - **NON-REMBOURSABLE**

Vous devez également fournir votre formulaire d'adhésion ainsi que les documents suivants :

- Copie de permis C5
- Copie de certificat CD5
- Copie d'assurance responsabilité 1 000 000\$

ÉTAPE 2 : Le secrétariat procédera à l'analyse de votre dossier auprès du Ministère du Développement durable, de la Lutte contre les changements climatiques (MDELCC) ainsi qu'auprès de l'Office de la protection du consommateur (OPC). Prévoir 3 à 4 semaines de délai pour cette étape.

ÉTAPE 3 : Paiement de **172,46\$** (150\$+taxes) pour frais d'examen et examen - **NON-REMBOURSABLE**

ÉTAPE 4 : Acceptation ou refus de votre adhésion

Les prix ci-dessous sont un détail des frais qui seront appliqués **si vous êtes accepté à l'Association. En fonction de votre d'adhésion, vous recevrez une facture ajustée.**

Cotisation de l'AQGP :

Cotisation annuelle AQGP	395 \$
Cotisation par technicien	25 \$

Cotisation ACGP / NPMA :

Nous comptons sur la bonne foi des membres afin que ceux-ci déclarent le bon revenu annuel de l'entreprise.

REVENU ANNUEL DE L'ENTREPRISE	MONTANT PRÉLEVÉ
0 \$ - 249 000 \$	250 \$
250 000 \$ - 499 000 \$	300 \$
500 000 \$ - 999 000 \$	350 \$
1 000 000 \$ - 2 500 000 \$	600 \$
2 600 000 \$ - 4 900 000 \$	850 \$
5 000 000 \$ - 9 900 000 \$	1 500 \$
10 000 000 \$ - 49 900 000 \$	2 500 \$
50 000 000 \$ et plus	5 000 \$

PAIEMENT PAR CHÈQUE OU PAR CARTE DE CRÉDIT

Chèque ci-joint

VISA

MASTERCARD

CODE DE LA SÉCURITÉ DE LA CARTE

NOM DU DÉTENTEUR

NUMÉRO DE LA CARTE

DATE D'EXPIRATION

SIGNATURE DU DÉTENTEUR

TECHNICIENS

Tous les membres de l'AQGP doivent obligatoirement transmettre les informations suivantes pour tous les techniciens/techniciennes employé(e)s à temps plein et à temps partiel au sein de leur entreprise :

<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)
<input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel	_____	_____	_____
	Nom du technicien/de la technicienne	Numéro de certificat du technicien/ de la technicienne	Date d'échéance du certificat (AAAA/MM/JJ)

PRIÈRE DE RETOURNER LA FICHE D'ADHÉSION ACCOMPAGNÉE DE VOTRE PAIEMENT

2030, boul. Pie-IX, bureau 403, Montréal (Québec) H1V 2C8
Tél : 514-355-3757 | Sans frais : 1-800-663-2730 | Fax : 514-355-4159
www.aqgp.ca | aqgp@spg.qc.ca