

## Conseil Commercial Canadien Arménien Formulaire de Demande d'Adhésion

Mr. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/>		
Prénom:		Nom:
Adresse:		
Ville:	Province:	Code Postal:
Tél.: ( ) -	Adresse Courriel:	

Lieu de Travail:		
Adresse:		
Ville:	Province:	Code Postal:
Tél. Affaires: ( ) -	Mobile: ( ) -	
Télécopieur: ( ) -	Adresse Courriel:	

Veuillez choisir un ou plusieurs descriptions pour votre entreprise		
Véhicules <input type="checkbox"/>	Vêtements <input type="checkbox"/>	Distributions <input type="checkbox"/>
Financier <input type="checkbox"/>	Manufacturier <input type="checkbox"/>	Médical <input type="checkbox"/>
Professionnels <input type="checkbox"/>	Détaillant <input type="checkbox"/>	Grossiste <input type="checkbox"/>
Gouvernements <input type="checkbox"/>	Services Publiques <input type="checkbox"/>	Légal <input type="checkbox"/>
Pharmaceutique <input type="checkbox"/>	Autre (Spécifier) <input type="checkbox"/>	
Poste:		Depuis:

Êtes-vous membre dans d'autres association professionnelles? Oui  Non

Si oui, quel: \_\_\_\_\_

Êtes-vous membre dans d'autres associations culturelles ou de la communauté? Oui  Non

Si oui, quel: \_\_\_\_\_

Signature du Demandeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Nom du membre CCCA qui vous à parrainé:**

Nom \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Honoraires annuels: 60.00\$

Envoyez l'application réalisée et signée avec un cheque fait à l'ordre de CABC.

## Canadian Armenian Business Council Membership Application Form

Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/>		
First Name:		Last Name:
Home Address:		
City:	Province:	Postal Code:
Tel.: ( ) -	E-Mail:	

Place of Work:		
Address:		
City:	Province:	Postal Code:
Business Tel.: ( ) -	Cellular: ( ) -	
Fax: ( ) -	E-Mail:	

Please select a description of your company or profession.		
Automotive <input type="checkbox"/>	Clothing <input type="checkbox"/>	Distribution <input type="checkbox"/>
Financial <input type="checkbox"/>	Manufacturing <input type="checkbox"/>	Medical <input type="checkbox"/>
Professional <input type="checkbox"/>	Retail <input type="checkbox"/>	Wholesale <input type="checkbox"/>
Other (Specify) <input type="checkbox"/>	Pharmaceutical <input type="checkbox"/>	Legal <input type="checkbox"/>
Government <input type="checkbox"/>	Public Services <input type="checkbox"/>	
Position:		Since:

Are you a member in any other professional associations? Yes  No   
If yes, which: \_\_\_\_\_

Are you a member in any other cultural or community associations? Yes  No   
If yes, which: \_\_\_\_\_

Signature of Applicant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CABC sponsoring member:**

Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Yearly membership fees: 60.00\$

Send completed and signed application along with a check made to the order of CABC.