



## FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### BUREAU

Faculté ou école : \_\_\_\_\_

Unité de rattachement : \_\_\_\_\_

Adresse interne : \_\_\_\_\_

Téléphone interne : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

### DOMICILE

Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Je, soussignée ou soussigné, demande par la présente mon admission au Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval et m'engage à respecter les statuts et règlements dudit syndicat.

J'autorise le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval, ses agent(e)s ou représentant(e)s, à agir en mon nom comme représentant(e) exclusif(ive) en tout ce qui a trait à l'accréditation et à la négociation collective.

**Merci de retourner ce formulaire à l'adresse suivante : [spul2@spul.ca](mailto:spul2@spul.ca)**

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_