



Demande d'Adhésion Décharge de Responsabilité

(ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

Complétez ce formulaire et le poster à:

**L'Association de prévention des accidents dans
l'Industrie Forestière du Nouveau-Brunswick
245 rue Pleasant, C.P. 621
Miramichi, NB E1V 3T7**

Compléter ce formulaire permettra une révision confidentielle de votre prime CSSIAT par un employé autorisé CSSIAT et NON un employé APAIFNB. Cette information sera utilisée dans le but de déterminer le taux requis pour devenir membre, basé sur le l'imposition (%) payée par tous les autres membres au moment de votre demande. L'Association de prévention des accidents dans l'industrie forestière du Nouveau-Brunswick sera avisée du taux annuel déterminé et procédera en faisant parvenir au demandeur une facture pour le montant déterminé. L'applicant n'est pas obligé de payer la facture, par contre, le demandeur ne sera PAS considéré un membre et n'aura aucun droit en tant que membre jusqu'à ce que la facture soit complètement acquittée.

Information sur le demandeur		
Nom de la Compagnie: _____		
No. de compagnie CSSIAT: _____		
Personne à contacter: _____		
Adresse postale: Ville: _____ Code Postale: _____	Adresse physique: <input type="checkbox"/> <i>Même que "Adresse postale"</i> Ville: _____ Code Postale: _____	
Téléphone affaire: _____	Télécopie affaire: _____	
Courriel: _____	CSSIAT #: _____	Code CSSIAT: _____

Autorisation:		
Due à la nature de l'information à vérifier, il est nécessaire que ce formulaire soit signé par le propriétaire, le PDG, le président ou tout autre signataire autorisé de la compagnie.		
Titre: _____	Nom (écrit): _____	Signature: _____

UTILISATION INTERNE		
Frais annuel de membre: _____	Date: _____	Représentant CSSIAT (Signature): _____

APAIFNB garantie la confidentialité en tout temps. Si vous avez des questions concernant l'utilisation de cette ou toute autre information, s.v.p. appelez : (506) 836-7330.

