



ASSOCIATION DES FOURNISSEURS D'HÔTELS ET RESTAURANTS
DEMANDE D'ADHÉSION POUR DEVENIR MEMBRE

Nom de l'entreprise : _____
Adresse : _____ Ville, Province : _____
Code postal : _____ # Téléphone (____) _____ # Fax : (____) _____
Site Internet : _____
Courrier électronique : _____
Nom du représentant officiel: _____
Titre : _____
Nature de l'entreprise: _____

Type de membership :

- Membre de base
 Membre affilié

Profil correspondant au membre :

- Équipement
 Alimentation
 Aménagement
 Service
 Autres

JE M'ENGAGE À DEVENIR REPRÉSENTANT OFFICIEL AUPRÈS DE L'ASSOCIATION DES FOURNISSEURS D'HÔTELS ET RESTAURANTS ET À RESPECTER LES RÈGLEMENTS RÉGISSANT CETTE ASSOCIATION.

Signature du représentant officiel

Date

- Je désire devenir **membre de base** à l'AFHR – 500\$ + taxes (564.38\$)
TPS 106730864 / TVQ 1006139465
 Je désire devenir **membre affilié** à l'AFHR – 1000\$ + taxes (1128.76\$)
TPS 106730864 / TVQ 1006139465

Votre adhésion est valable pour une période d'un (1) an à compter de la date où vous devenez membre.

Mode de paiement :

- Carte de crédit ____/____/____/____ expiration : ____/____
 Visa Mastercard
 Chèque au nom de l'AFHR ou Facturez-moi

Signature : _____

AFHR, 9300, boul. Henri-Bourassa Ouest, #230, Saint-Laurent, Qc H4S 1L5
Tél. : (514) 334-5161- 1-888-766-0601 - Fax : (514) 334-1279 www.afhr.com



MEMBERSHIP FORM

Company : _____

Adress : _____ City, Province : _____

Postal code: _____ # Téléphone (____) _____ # Fax : (____) _____

Website : _____

Email : _____

Official representant : _____

Title : _____

Cie field of expertise: _____

Membership type :

- Basic Membership
- Affiliated membership

Profile :

- Equipment
- Food
- Design
- Service
- Other

Signature of the official representant

Date

I want the **basic membership** to HRSA – 500\$ + taxes (564.38\$)
TPS 106730864 / TVQ 1006139465

I want the **affiliated membership** to HRSA – 1000\$ + taxes (1128.76\$)
TPS 106730864 / TVQ 1006139465
Your membership is valid for a year starting on the date you become a member

Method of payment :

- Credit card ____/____/____/____ expiration : ____/____
- Visa Mastercard
- Cheque to HRSA or bill me

Signature : _____