



RENSEIGNEMENTS DE CANDIDAT

Par la présente, le requérant ci-mentionné formule une demande d'adhésion à l'Association Canadienne d'Auto-Distribution et si acceptée, s'engage à respecter les règlements de cette association.

Compagnie:		Site web:
Rue:		
Ville:	Province:	Code postal:
Téléphone:	Télécopieur:	Courriel:
Veuillez fournir le nom d'une personne ressource dûment mandatée pour recevoir la correspondance et voter au nom de votre compagnie.		
Nom:	Titre:	Téléphone:

PROFIL DE COMPAGNIE

Joindre les renseignements au sujet des activités du requérant. (Inclure des renseignements tels que : région concernée, produits distribués, type d'équipements et/ou services fournis et le nombre d'années en affaire). Si disponible, inclure pour nos dossiers tout matériel imprimé décrivant vos activités.

S.V.P. fournir trois références d'affaire.

Compagnie:	Représentant:	Téléphone:
Compagnie:	Représentant:	Téléphone:
Compagnie:	Représentant:	Téléphone:

<input type="checkbox"/> Exploitant.....220 \$ <input type="checkbox"/> Alliés.....500 \$ <input type="checkbox"/> Associé.....250 \$ (plus les taxes applicables)

<p>COTISATION: FOURNISSEURS</p> <input type="checkbox"/> 0 \$ à 199,999 \$.....400 \$ <input type="checkbox"/> 200,000 \$ à 499,999 \$.....600 \$ <input type="checkbox"/> 500,000 \$ à 1 million \$.....800 \$ <input type="checkbox"/> 1 million \$ et plus.....1000 \$ (Basée sur le volume de vente annuel plus les taxes applicables)

DÉTAILS TAXES	
Nouvelle-Écosse.....	15%
Île du Prince-Édouard.....	14%
Nouveau-Brunswick.....	13%
Terreneuve.....	13%
Ontario.....	13%
Colombie-Britannique.....	5%
Alberta.....	5%
Manitoba.....	5%
Saskatchewan.....	5%
Québec.....	5%

CERTIFICATION DE COTISATION

Je certifie l'authenticité des renseignements fournis.

Signature:	
Titre:	<input type="checkbox"/> Exploitant <input type="checkbox"/> Alliés
Date:	<input type="checkbox"/> Fournisseur
Un chèque au montant de _____ \$ est joint.	<input type="checkbox"/> Associé

VISA MasterCard AMEX (Les paiements de carte de crédit apparaîtront sur votre relevé sous le nom de BB & C)

Nom sur la carte: _____ Montant à être autorisé : _____

Nombre de carte: _____ Date d'expiration: _____ Code de sécurité _____

VEUILLEZ NOTER que cette demande d'adhésion ne sera considérée que si le profil du requérant et le paiement de la cotisation sont joints. Tous renseignements fournis dans le calcul de la cotisation sont gardés strictement confidentiels. L'ACAD et ses représentants obtiennent, par la présente, le plein consentement de la compagnie requérante de contacter les références fournies lors de la demande d'adhésion à l'Association.