

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

ADRESSE:

VILLE:

PROVINCE:  CODE POSTAL:  TÉLÉPHONE:

NOMBRE DE CHAMBRES :  CLASSIFICATION CITQ :

NOM DU PROPRIÉTAIRE :

ANNÉE D'OUVERTURE DE L'ÉTABLISSEMENT :

VOS EMPLOYÉS SONT-ILS SYNDIQUÉS? OUI  NON

SI OUI, NOM DU LOCAL :

## ÉQUIPE DE DIRECTION

NOM DU DIRECTEUR GÉNÉRAL :

LIGNE DIRECTE :  CELLULAIRE :

COURRIEL :

LORSQU'APPLICABLE, VEUILLEZ NOUS TRANSMETTRE LES COORDONNÉES DE VOTRE ÉQUIPE DE DIRECTION.

DIRECTEUR   DIRECTRICE	NOM	COURRIEL
OPÉRATIONS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VENTES ET MARKETING	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESSOURCES HUMAINES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
REVENU	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SÉCURITÉ	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## AUTRES INFORMATIONS

TARIF DE RELOCALISATION (FARM-OUT) : 125 \$  150 \$  175 \$  AUTRES

INSTRUCTIONS POUR LA LIVRAISON DE *MONTRÉAL, DEPUIS 1642*.

Par exemple : adresse du quai de chargement, heures d'ouverture, procédure, instructions particulières, etc.

Par la présente, je demande l'adhésion de mon établissement en tant que membre de l'**ASSOCIATION DES HÔTELS DU GRAND MONTRÉAL**. Je m'engage à me conformer aux règlements de l'Association, à respecter le code d'éthique et à acquitter les cotisations obligatoires. Je m'engage également à distribuer dans les chambres le magazine *Montréal, depuis 1642* ainsi qu'à transmettre, dans les délais requis, les statistiques mensuelles de l'établissement.

SIGNATURE

DATE