



**Chambre de Commerce Salvadorienne du Québec (CCSQ)**  
2348 Jean-Talon E. #304, Montréal (QUÉBEC), H2E 1V7 Tél. : (514) 746-7577

e-mail: [info@ccs-q.com](mailto:info@ccs-q.com) [www.ccs-q.com](http://www.ccs-q.com)

**Demande d'adhésion pour nouveaux membres**

Date d'adhésion: _____
Acte no° : _____
Numéro de membre: _____
Frais d'adhésion : _____

Section pour entreprises     Section pour professionnels     Section pour travailleurs autonomes

**Section pour entreprises**

Informations sur l'entreprise :

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

Mission : \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire et/ou des principaux actionnaires : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province/Territoire : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Site Internet : \_\_\_\_\_

Année d'établissement : \_\_\_\_\_ Nombre d'employés : \_\_\_\_\_ Nombre de succursales : \_\_\_\_\_

### Section pour professionnels

Données personnelles :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Années d'expérience professionnelle : \_\_\_\_\_

Exercez-vous votre profession? OUI  NON

Travaillez-vous dans votre propre entreprise ? OUI  NON

Travaillez-vous dans une autre entreprise ou organisme? OUI  NON

Nom de l'établissement où vous travaillez: \_\_\_\_\_

Poste occupé ou fonction actuelle : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province/Territoire : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Site Internet : \_\_\_\_\_

Années de résidence au Canada : \_\_\_\_\_ Statut au Canada : \_\_\_\_\_

### Section pour travailleurs autonomes

Données personnelles :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_

Profession, scolarité ou emploi : \_\_\_\_\_

Activité commerciale : \_\_\_\_\_

Années d'expérience sur le marché du travail : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province/Territoire : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Site Internet : \_\_\_\_\_

Années de résidence au Canada : \_\_\_\_\_ Statut au Canada : \_\_\_\_\_

Secteurs d'activité	Catégories	Détails sur les produits et/ou services
Commerce <input type="checkbox"/>	Détaillant <input type="checkbox"/>	_____
Service <input type="checkbox"/>	Distributeur <input type="checkbox"/>	_____
Profession <input type="checkbox"/>	Importateur <input type="checkbox"/>	_____
Construction (Entrepreneur général) <input type="checkbox"/>	Exportateur <input type="checkbox"/>	_____
Agricole <input type="checkbox"/>	Investisseur <input type="checkbox"/>	_____
Industrie <input type="checkbox"/>	Fabriquant <input type="checkbox"/>	_____

Pays acteur (s) : \_\_\_\_\_

Marque (s) de commerce : \_\_\_\_\_

Pays d'importation : \_\_\_\_\_ d'exportation : \_\_\_\_\_

Autre(s) activité(s) de travail au cours des dix dernières années : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Association(s) ou guild(e)s auxquels vous appartenez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Références personnelles, commerciales et/ou professionnelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signé à Montréal, le \_\_\_ du mois de \_\_\_\_\_ de l'année \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

<p><b>Section réservée à la CCSQ</b></p> <p>Approuvée : _____</p> <p>Montant perçu : _____</p> <p>Recommandée par : _____</p> <p>Notes : _____</p>
--