

INTELLIGENCE BRANCH ASSOCIATION / L'ASSOCIATION DU SERVICE DU RENSEIGNEMENT**MEMBERSHIP APPLICATION AND RENEWAL FORM / FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE RENOUVELLEMENT**

Forward this completed form to / Acheminer ce formulaire dûment rempli à:

Membership Secretary Mr Paul Pellerin

CFSMI - l'ERMFC, CFB Kingston, PO Box 17000, Station Forces, Kingston ON, K7K 7B4

Or / ou E-mail to Paul.Pellerin@forces.gc.ca**PERSONAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Last Name / Nom de famille	
Given Names / Prénoms	
Service Number / Numéro de matricule	
Mailing Address / Adresse de livraison Postal Code / Code postal	
Telephone: Home / Maison	
Telephone: Work / Travail	
E-Mail (civilian) Courrier électronique (domicile)	
E-Mail (military) Courrier électronique (militaire)	

MILITARY INFORMATION / RENSEIGNEMENTS MILITAIRES

Rank and Classification / MOC Grade et Classification / GPM	
Arm of Service (Navy, Army, Air Force) Élément de Service (mer, terre, air)	
Component (Regular-Reserve) / (Régulière – Réserve)	
Service Status (Serving- Retired) / Status du service (Actif- Retraité)	
Current Unit / Unité	

BRANCH INFORMATION / SERVICE AU SEIN DE LA BRANCHE

Intelligence Branch Number / Numéro décerné par le Service	
Years in Branch / Nombre d'année	From / De : _____ To / À : _____

CONTACT LIST / LA LISTE DE CONTACT

I consent to have my name and home e-mail address published on the Contact List. <input type="checkbox"/>
Je consens à avoir mon nom ainsi que mon adresse électronique publiée sur la Liste de Contact. <input type="checkbox"/>

THE JOURNAL / LE JOURNAL

A PDF version will be send to email provided above/Version électronique sera envoyé au courriel indiqué ci-haut I prefer / Je préfère : Hardcopy / Version papier <input type="checkbox"/>

BURSARY FUND DONATION / DON POUR BOURSE D'ÉTUDE

I would like to contribute an extra \$ _____ for the Bursary Fund. J'aimerais contribuer un montant additionnel de _____ \$ pour les Bourses d'étude.
--

MODE OF PAYMENT / MODE DE PAIEMENT

I will be paying my \$24.00 dues for Year _____ (Jan-Dec) : Enclosed cheque OR I will visit my pay office and make a \$2.00 monthly allotment to Y015 <input type="checkbox"/> (for member of RegF only)
Je paierai ma cotisation de 24.00\$ pour l'année _____ (jan-déc) : Chèque (inclus) OU Je visiterais mon Bureau de Solde et faire un versement mensuel de \$2.00 à Y015 <input type="checkbox"/> (pour membre de la Force rég)
<input type="checkbox"/> I Authorize CFSMI to initiate a Pay Allotment on my behalf to Y015 (Original signature required) J'autorise l'ERMFC à commencé une délégation de solde en mon nom (Signature Originale requise)
Signature : _____ Date : _____