



# Membership Application | Demande d'adhésion

## 1 Contact Details | Coordonnées

Email  
Courriel \_\_\_\_\_

First Name  
Prénom \_\_\_\_\_ Middle Initial  
Initiale \_\_\_\_\_

Last Name  
Nom de famille \_\_\_\_\_

Residential Address  
Adresse du domicile \_\_\_\_\_

Suite No. Postal Code City/Town  
Suite \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Mailing Address  
Adresse postale \_\_\_\_\_

Home Phone Cell Phone  
Téléphone au domicile \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire \_\_\_\_\_

Male | Homme  Female | Femme  Youth | Jeune (14-28)  Senior | Aîné(e) (65+)

## 2 Membership | Adhésion

1 Year (\$10)  2 Years (\$20)  3 Years (\$30)  4 Years (\$40)  5 Years (\$50)  
1 an (10 \$) 2 ans (20 \$) 3 ans (30 \$) 4 ans (40 \$) 5 ans (50 \$)

## 3 Donate and Help Us Prepare for the Next Campaign Faire un don et aider-nous à préparer pour la prochaine campagne

Amount  
Montant \_\_\_\_\_  I want this to be a monthly recurring donation  
Je veux que cette don soit mensuelle

Direct my donation to  
(please select one):  The PC Party of Ontario | Le parti progressiste-conservateur de l'Ontario

Diriger mon don au  
(veuillez choisir un option):  My local Constituency Association | Mon association de circonscription locale

## 4 Payment Details | Détails du paiement

Cheque (payable to "The PC Party of Ontario")  
Chèque (payable au "Parti progressiste-conservateur de l'Ontario") **OR**  Visa  Mastercard  AMEX

Name on the Credit Card  
Nom indiqué sur la carte de crédit \_\_\_\_\_

Credit Card Number  
Numéro de carte de crédit \_\_\_\_\_

Expiry Date  
Date d'expiration \_\_\_\_\_ MM | YYYY CVV \_\_\_\_\_

I confirm that by completing and signing this form, I confirm that I am at least 14. I certify this contribution made by me is from my own personal funds and I will not be reimbursed for it from any other source.

Je confirme qu'en remplissant et en signant ce formulaire, je confirme que j'ai au moins 14 ans. J'atteste avoir prélevé la présente contribution sur mes fonds particuliers et ne pas demander le remboursement de cette somme auprès d'une autre source.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ DD | MM | YYYY

Mail this form to | Envoyer ce formulaire au : 400-56 Aberfoyle Crescent, Toronto, ON M8X 2W4  
Questions? Contact us | Contacter-nous au : 1-800-903-6453