

Expéditeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Section affiliée : \_\_\_\_\_

Je souhaite que mon titre soit modifié comme suit :  Méd.B(retraité)  Arb.B(retraité)

À compter du : \_\_\_\_\_

Par la présente, je confirme que :

- Je suis à la retraite et ne gagne pas de revenu d'emploi ou contractuel, dans quelque secteur que ce soit;
- J'ai informé ma section régionale affiliée et je garderai le statut de membre retraité (ou [ADRIA](#) « LIEN ») aussi longtemps que je détiendrai la désignation de retraité.

Je comprends qu'à titre de membre breveté retraité :

- Je dois indiquer mon titre sous la forme Arb.B(retraité) et/ou Méd.B(retraité);
- Je dois continuer à payer la cotisation annuelle symbolique (132 \$), mais je ne suis plus tenu(e) de soumettre les formulaires de déclaration de Formation continue et participation, ni d'acquitter les frais connexes;
- Je dois maintenir mon adhésion auprès d'une section affiliée de l'IAMC;
- Si je m'engage dans des services payants de résolution de conflits, j'accepte de rétablir mon statut de membre à part entière et mon titre.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date