



Reçu par : _____

Date et heure : _____

BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE
CONSEIL EXÉCUTIF TERRITORIAL

(Merci de remplir ce formulaire à l'ordinateur ou d'écrire en lettres moulées)

Je,	Nom complet		
désire poser ma candidature au poste de (un seul choix possible) :	<input type="checkbox"/> Présidence territoriale <input type="checkbox"/> Conseillère <input type="checkbox"/> Conseiller		
Au sein de l'association territoriale de	Nom de l'association territoriale		
Veuillez s.v.p. fournir vos coordonnées complètes			
Prénom		Nom	
Adresse			
Ville		Code postal	
Numéro de membre (optionnel)		Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)	
Numéro de téléphone principal		Numéro de téléphone secondaire (optionnel)	
Courriel			
Je déclare avoir lu le code d'éthique du Parti et y adhère sans réserve. J'accepte donc de m'y conformer dès à présent et pour la durée de la fonction occupée.			
Signature		Date	

Pour que votre candidature soit valide, vous devez être membre du Parti Québécois et votre candidature doit recevoir l'appui d'au moins 5 membres de l'association territoriale, provenant d'au moins 2 associations locales.

Ce bulletin doit être déposé à la présidence d'assemblée avant l'ouverture de l'assemblée territoriale.

Appuis à la candidature de	
	Nom de la candidate ou du candidat

1 ^{er} appui	
Prénom	Nom
Poste et instance représentée	
Adresse	
Ville	Code postal
Numéro de membre (optionnel)	Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire (optionnel)
Courriel	
Signature	Date

2 ^e appui	
Prénom	Nom
Poste et instance représentée	
Adresse	
Ville	Code postal
Numéro de membre (optionnel)	Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire (optionnel)
Courriel	
Signature	Date

Appuis à la candidature de	
	Nom de la candidate ou du candidat

3e appui	
Prénom	Nom
Poste et instance représentée	
Adresse	
Ville	Code postal
Numéro de membre (optionnel)	Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire (optionnel)
Courriel	
Signature	Date

4 ^e appui	
Prénom	Nom
Poste et instance représentée	
Adresse	
Ville	Code postal
Numéro de membre (optionnel)	Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire (optionnel)
Courriel	
Signature	Date

Appuis à la candidature de	
	Nom de la candidate ou du candidat

5 ^e appui	
Prénom	Nom
Poste et instance représentée	
Adresse	
Ville	Code postal
Numéro de membre (optionnel)	Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire (optionnel)
Courriel	
Signature	Date

Appui supplémentaire	
Prénom	Nom
Poste et instance représentée	
Adresse	
Ville	Code postal
Numéro de membre (optionnel)	Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire (optionnel)
Courriel	
Signature	Date

Appuis à la candidature de	
	Nom de la candidate ou du candidat

Appui supplémentaire	
Prénom	Nom
Poste et instance représentée	
Adresse	
Ville	Code postal
Numéro de membre (optionnel)	Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire (optionnel)
Courriel	
Signature	Date

Appui supplémentaire	
Prénom	Nom
Poste et instance représentée	
Adresse	
Ville	Code postal
Numéro de membre (optionnel)	Date d'expiration de la carte de membre (optionnel)
Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire (optionnel)
Courriel	
Signature	Date