

Identification du participant

Nom de famille

Prénom légal

Matricule

Consentement de divulgation

Réseau des diplômés et des donateurs de l'Université de Montréal

Je demande à ce que le Régime de retraite de l'Université de Montréal **ne transmettre plus** les renseignements personnels suivants au Réseau des diplômés et des donateurs de l'Université de Montréal à des fins philanthropiques.

Adresse courriel

*Veillez apposer
vos initiales*

Numéro de téléphone

*Veillez apposer
vos initiales*

Signature

Signé à _____ (ville), le _____ (date).

Signature du participant