

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Société Alzheimer de l'Estrie

VEUILLEZ COCHER VOTRE CHOIX :

JE DEVIENS MEMBRE!

POUR UN (1) AN
25\$

À VIE!
250\$

JE RENOUVELLE

POUR UN (1) AN
25\$

COORDONNÉES

PRÉNOM, NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

À REMPLIR POUR LES NOUVEAUX MEMBRES SEULEMENT.

ADRESSE : _____ APPARTEMENT : _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

NOM DE LA PERSONNE QUE VOUS ACCOMPAGNEZ: _____

OÙ AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOS SERVICES?: _____

JE SOUHAITE RECEVOIR *À REMPLIR POUR LE RENOUELEMENT AUSSI.

JOURNAL LE FIL :

PAR LA POSTE
PAR COURRIEL

INFOLETTRE DE LA SOCIÉTÉ
*UN COURRIEL PAR MOIS

PAIEMENT

DÉBIT

COMPTANT*

CRÉDIT

CHÈQUE*

N° DE CARTE : _____

EXPIRATION : _____

AJOUTER UN DON À MON ADHÉSION! (MERCII!)

5\$

10\$

15\$

20\$

AUTRE MONTANT: _____

*UN REÇU SERA ÉMIS POUR LES DONS DE 20\$ ET +

TOTAL DE LA TRANSACTION: _____

ENVOI POSTAL

*Merci de JOINDRE VOTRE CHÈQUE OU ARGENT à votre formulaire lors de l'envoi par la poste.

ADRESSEZ VOTRE CHÈQUE À:

SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE L'ESTRIE

FAITES PARVENIR VOS DOCUMENTS AU:

740 RUE GALT O, BUREAU 112, SHERBROOKE, J1H 1Z3

INFORMATION : 819 821-5127 | info@alzheimereestrie.com

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

DATE D'ADHÉSION : _____

CARTE DE MEMBRE ÉMISE? OUI NON

PAR : _____

NO CH : _____ BDD : _____ PRODON : _____