



DEMANDE D'ADHÉSION « CORPORATIF »

S.V.P. Veuillez compléter et nous retourner le formulaire à l'adresse indiquée ci-dessous

Nom de l'organisme:		
Adresse de l'organisme:		Votre cotisation : Corporatif: 50\$
Ville :	Code postal :	
Province :	Téléphone #1 :	Téléphone #2 :
Courriel :		
Pour nos statistiques, veuillez nous transmettre les renseignements sur votre organisme :		Je désire faire un don de :
Nom de la personne ressource :		5\$ <input type="checkbox"/>
Profession :		10\$ <input type="checkbox"/>
Ville :		20\$ <input type="checkbox"/>
Province :		Autres <input type="checkbox"/>
Courriel :		Reçu de charité : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		Code postal :

Libellez votre chèque ou mandat poste au nom de : **Dysphasie Lanaudière**

Postez à l'adresse indiquée :



Dysphasie Lanaudière 2500, boulevard Mascouche, local 215 Mascouche (Québec) J7K 0H5

À l'usage de l'administration :

Date reçue :	Date /chèque	Montant/chèque	Autres/don	Base-Access