



DEMANDE D'ADHÉSION « PROFESSIONNEL »


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

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| Nom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | Votre cotisation : | |
| Ville : | Code postal : | Professionnel: 35\$ | |
| Province : | Téléphone #1 : | Téléphone #2 : | |
| Courriel : | | Profession : | |
| Pour nos statistiques, veuillez nous transmettre les renseignements sur votre organisme : | | Je désire faire un don de : | |
| Nom de l'organisme : | | 5\$ <input type="checkbox"/> | |
| Adresse de l'organisme (si différente) : | | 10\$ <input type="checkbox"/> | |
| Ville : | | 20\$ <input type="checkbox"/> | |
| Code postal : | | Autres <input type="checkbox"/> | |
| Province : | | Reçu de charité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |
| Courriel : | | Téléphone #1 : | |
| | | Téléphone #2 : | |
| | | | |

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

Postez à l'adresse indiquée :



| | |
|--|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> |
| Dysphasie Lanaudière 2500, boulevard Mascouche, local 21 Mascouche (Québec) J7K 0H5 | |

À l'usage de l'administration :

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