



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"/>	
		20\$ <input type="checkbox"/>	
		Autres <input type="checkbox"/>	
		Reçu de charité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Ville :	Code postal :	Téléphone #1 :	
Province :		Téléphone #2 :	
Courriel :			

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