

Société Alzheimer

LAURENTIDES

Formulaire d'adhésion ou de renouvellement - Carte de membre

Prénom	Nom	La cotisation annuelle est de 25\$ par adresse et est obligatoire pour toutes personnes recevant des services sur une base régulière. Merci!
Date de naissance		
Adresse :		
Ville/municipalité	Province	
Code postal	Tél. Maison	
Courriel :		

Êtes-vous proche aidant d'une personne vivant avec un trouble neurocognitif ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous une personne vivant avec un trouble neurocognitif : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Comment avez-vous entendu parler de nous ? CISSS/CLSC <input type="checkbox"/> Médias sociaux <input type="checkbox"/> Reçoit déjà des services <input type="checkbox"/>

Merci pour votre cotisation à titre de membre de la Société Alzheimer Laurentides. Il vous est possible d'effectuer un don si vous le souhaitez. Ce don sera attribué à 100% aux services offerts dans les Laurentides aux personnes atteintes et leurs proches.

Je souhaite faire un don : 20\$ 30\$ 50\$ Autre : _____

Je désire recevoir un reçu d'impôt pour mon don (20\$ et plus) : oui non

Pour effectuer votre paiement, vous pouvez faire un virement bancaire à l'adresse courriel : comptable@salaurentides.ca (Question : pourquoi - Réponse : membre) OU nous faire parvenir un chèque par la poste à l'adresse ci-bas.

Date : _____ Signature : _____

