

# 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 :<br>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  |
| Comment avez-vous entendu parler de nous ?<br>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](mailto:comptable@salaurentides.ca) (Question : pourquoi - Réponse : membre) OU nous faire parvenir un chèque par la poste à l'adresse ci-bas.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

