FORMULAIRE D'ADHÉSION

Veuillez poster à :
Association du diabète-Laval
3030 boul. Le Carrefour, bur.905
Laval (Québec) H7T 2P5

☐ Madame ☐ Nouvelle adhésion

☐ Monsieur ☐ Renouvellement

Prénom :_____

Nom :_____

Adresse :_____

_____

Ville :_____

Code postal :_____

Téléphone (rés.) :_____

Téléphone (trav.) :_____

Courriel:_____

Date naissance : _____
jour / mois / année

☐ Diabète type 1 ☐ Diabète type 2

☐ Autre _____

Cotisation annuelle*:* ***20,00 $***
Un don serait apprécié: **_____ $**

Total: **_____ $**

☐ Chèque ci-joint ☐ Comptant

☐ J'aimerais faire du bénévolat

Signature _____

Date _____

L'ADL est un organisme sans but lucratif
Numéro d'enregistrement : 10030 3817 RR0001

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com