

Formulaire d'adhésion et de don membre individuel 2015

Date: _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province: _____ Code postale : _____
 Téléphone: (jour) () _____ (soir) () _____
 Courriel : _____ Langue de correspondance : Français Anglais

Personne atteinte du lymphœdème : Lymphœdème primaire Lymphœdème secondaire
 Professionnel(e) de la santé (spécifiez) _____ **Autre** (spécifiez) _____

Frais d'adhésion annuels

- Ami de l'AQL**
En tant qu'Ami vous soutenez l'AQL et vous recevrez les avis concernant nos activités d'éducation et de soutien, ainsi que la subscription annuelle de la publication PATHWAYS. Vous recevrez un reçu officiel pour don de bienfaisance. **35 \$**
- Membre actif**
*En tant que Membre actif *vous avez offert vos services de bénévolat dans l'année précédente afin d'aider l'AQL dans l'accomplissement de ses activités. Par conséquent, vous avez le droit de voter lors des réunions des membres. Vous recevrez un reçu officiel pour don de bienfaisance. *Personnes atteintes de lymphœdème, leur famille et amis.* **40 \$**

Frais d'adhésion _____ \$

Don de bienfaisance (Pour tout don qui excède 10 \$ vous recevrez un reçu officiel pour don de bienfaisance.)

10 \$ 25 \$ 50 \$ 100 \$ Autre **Don** _____ \$

MONTANT TOTAL CI-JOINT _____ \$

Chèque : **Association québécoise du lymphœdème**
Carte de crédit : Visa MasterCard #: _____
 Signature : _____ Date d'expiration : ____/____

Veillez nous faire parvenir ce formulaire rempli, ainsi que votre paiement à

Association québécoise du lymphœdème
 6565 rue Saint-Hubert, Montréal, QC, H2S 2M5

Nous vous remercions de votre appui et votre générosité!