AQL LAQ
Association québécoise du lymphœdème
Lymphedema Association of Québec

Formulaire d'adhésion 2021

(Adhésion du 1er avril 2021 au 31 mars 2022)

Date: _____ Langue de correspondance : ☐ Français ☐ Anglais

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

_____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (jour) _____ (soir) _____Courriel : _____

☐ **Personne atteinte du lymphœdème** : ☐lymphœdème primaire ☐ lymphœdème secondaire

☐ **Professionnel(e) de la santé** (spécifiez) _____ ☐ **Autre** (spécifiez) _____

Frais d'adhésion annuels : Membres réguliers

☐ **Membre régulier** **En tant que membre** vous soutenez l'AQL et vous recevrez les avis concernant nos activités d'éducation et de soutien, ainsi que l'abonnement annuel de la publication **L'info AQL** (en français – version numérique) et ***PATHWAYS*** (4 publications par année en anglais – version imprimée). **Nouveau cette année !** Vous recevrez également la carte Cellulite de l'AQL et notre guide d'auto-mesure. **Veuillez confirmer :** Membre supérieur _____ Membre inférieur_____	**35 $**

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 de la carte de crédit :** _____/_____

Veuillez nous faire parvenir ce formulaire rempli, ainsi que votre paiement à
aql@infolympho.ca ou à l'adresse suivante :

Association québécoise du lymphœdème, C.P. 152 Succursale Bureau Chef, Saint-Hyacinthe (QC) J2S 7B4
Tél. : 514-979-2463 1-866-979-2463 aql@infolympho.ca www.infolympho.ca