

Formulaire d'adhésion numérique – membre

Valide jusqu'au 31 mars 2025

Retournez ce formulaire à l'adresse courriel : intervenante@prochesaidants.ca

Prénom et nom de famille : _____ Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Désirez-vous recevoir l'infolettre : non Si oui : poste ou courriel

Autorisation de prendre des photos et de les publier oui non

Statut de membre

Membre proche-aidant (vous êtes actuellement un proche aidant)

Membre ambassadeur (vous êtes sympathisant à la cause)

Atteinte de la personne aidée (si vous êtes proche aidant)

Maladie d'Alzheimer Cancer Santé mentale

AVC Sclérose en plaques Perte d'autonomie

Maladie chronique Maladie de Parkinson Autres : _____

Son âge : _____

Paiement de la cotisation de 5 \$

Chèque (faire au nom : Regroupement proches aidants Abitibi-Ouest)

Argent

Virement Interac (adresse courriel : rpao@prochesaidants.ca)

Dons (montant) _____ \$

Date d'adhésion : _____

Seuls les donateurs de plus de 20\$ recevront un reçu pour fin d'impôt

S.V.P. bien vouloir retourner votre formulaire et votre cotisation en personne ou par la poste à l'adresse suivante :

Regroupement proches aidants Abitibi-Ouest
364 A, Rue Principale, La Sarre (Québec) J9Z 1Z5