

Société Alzheimer Society

MONTRÉAL

Formulaire d'adhésion : 2019 à 2020

Mes coordonnées :

M./Mme	
Nom	
Adresse	
Ville, Province, Code postal	
Téléphone	
Courriel	

- OUI, je désire devenir membre de la SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE MONTRÉAL et participer à la vie démocratique de l'organisme en votant à l'Assemblée générale. Je me joins à des centaines d'autres membres afin de soutenir la Société et contribuer à assurer la pérennité de ses services.

PRIVILÈGES	TYPE DE MEMBRE		
	AMI 25 \$	PATRON 75 \$	PROTECTEUR 150 \$
Droit de vote à l'Assemblée générale annuelle	X	X	X
Bulletin électronique bi- mensuel (envoyé par courriel)	X	X	X
Reçu fiscal	X	X	X
Invitations aux conférences et événements		X	X
Votre nom publié dans le rapport annuel (sur demande)			X
<i>Cochez votre choix d'adhésion</i>	<input type="checkbox"/> 25 \$	<input type="checkbox"/> 75 \$	<input type="checkbox"/> 150 \$
<i>Possibilité d'un seul versement ou de versements mensuels</i>	<i>Un seul versement</i>	<i>Un seul versement</i>	<i>Un versement ou 12,50 \$ / mois</i>

MODE DE PAIEMENT

UN SEUL VERSEMENT :

- Veuillez trouver ci-joint mon chèque de: _____ \$ à l'ordre de : Société Alzheimer de Montréal
OU
 Veuillez prélever la somme de: _____ \$ sur ma carte de crédit :
- Visa MasterCard AMEX

No.: _____ Exp.: ____/____

Signature: _____ Date: _____

VERSEMENTS MENSUELS : (MEMBRES PROTECTEURS SEULEMENT)

J'autorise la Société Alzheimer de Montréal à prélever le 1^{ER} ou le 15^E jour de chaque mois la somme de _____ \$

- prélèvement bancaire pré-autorisée (chèque marqué «NUL» ci-inclus)
 sur ma carte de crédit: Visa Mastercard Amex

No: _____ Exp. : ____ / ____ (Mois/ Année)

Signature: _____ Date: _____