



ESTRIE

Devenez membres

Parkinson Estrie

FORMULAIRE D'ADHÉSION GRATUITE À TITRE DE MEMBRE

Madame Monsieur

Prénom : _____

Nom : _____

Mêmes coordonnées :

Si vous nous avez déjà remis vos coordonnées et que celles-ci sont demeurées inchangées, vous pouvez omettre de remplir les champs réservés à cette fin.

Nouvelles coordonnées :

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : () _____

Cellulaire : () _____ Courriel : _____

En signant le présent formulaire, vous confirmez vouloir adhérer à titre de membre de Parkinson Estrie pour l'année 2020.

Signature : _____ Date : _____