

MON APPUI pour l'année 20__

Comme à chaque année, décembre est le temps de renouveler votre cotisation à l'Association pour l'année qui vient! L'Association a besoin de votre générosité, votre aide est indispensable à la poursuite de notre mission, soit « répondre aux besoins de soutien et d'information des personnes laryngectomisés et leurs proches ». En renouvelant votre cotisation et en ajoutant une petite somme elle nous aidera à mener à bien les objectifs de notre Association.

RENOUVELLEMENT DE LA COTISATION

Ma cotisation de membre ACTIF (10.00\$) : _____ \$

Mon don *: _____ \$

Total : _____ \$

*Je désire recevoir un reçu d'impôt pour mon don : oui non

Je suis une personne laryngectomisée : oui non

Voici mes coordonnées (en lettres moulées, s.v.p.) :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal _____

Adresse courriel : _____

Paiement : chèque mandat comptant

S.V.P. Retournez à :

Association québécoise des laryngectomisés

5151, boul. de l'Assomption

Montréal, QC H1T 4A9

Merci !