

Individu :

Organisation :

COORDONNÉES DU MEMBRE ACTIF

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de l'organisation (s'il y a lieu) _____

Adresse : _____ Rue : _____

Ville : _____ Province : _____

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

MRC : _____

Si vous représentez un organisme :

Nom de la présidente ou du président : _____

Nom de la directrice ou du directeur : _____

Veillez nous indiquer votre Intérêt à joindre **la Société Alzheimer des Laurentides** :

**SVP, RETOURNEZ LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI, PAR COURRIEL, COURRIER OU TÉLÉCOPIEUR,
MERCİ !**