

# FORMULAIRE D'ADHÉSION À VIVRE SAINT-MICHEL EN SANTÉ 2023-2024

Frais d'adhésion : 2 \$

Un reçu sera émis sur réception de votre paiement

- Renouvellement d'Adhésion  
 Nouvelle adhésion

Date: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ APP : \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Arrondissement : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Facebook : \_\_\_\_\_

J'autorise Vivre Saint-Michel en santé à inclure les coordonnées que j'ai fournies sur la liste des membres figurant sur le site internet et dans le rapport annuel de VSMS.

Je désire recevoir le bulletin d'information électronique Le BREF... et autres communications de VSMS

Signature \_\_\_\_\_

Pour les nouveaux membres citoyens, une preuve de résidence sera demandée.

*Merci de retourner ce formulaire avec une preuve de résidence et votre paiement, S.V.P.*