

# FORMULAIRE D'ADHÉSION À VIVRE SAINT-MICHEL EN SANTÉ 2024-2025

Organismes, institutions, entreprises\* 25 \$  
Un reçu sera émis sur réception de votre paiement

- Renouvellement d'Adhésion  
 Nouvelle adhésion

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

Nom de l'organisme – compagnie \_\_\_\_\_

- Organisme communautaire       Entreprise ou institution financière  
 Institution publique       Autre

Domaine d'expertise de l'organisme-compagnie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de la personne de contact : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Rôle : \_\_\_\_\_

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

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

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

Téléphone (organisme) : \_\_\_\_\_

Téléphone (cell. De la personne de contact) : \_\_\_\_\_

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

Site Web : \_\_\_\_\_

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

Représentant.e à l'assemblée générale annuelle de VSMS : \_\_\_\_\_

Nom du substitut : \_\_\_\_\_

Adresse de VSMS :

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.

Veuillez nous indiquer (s'il y a lieu) le nombre de membres que vous représentez : \_\_\_\_\_

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

Signature \_\_\_\_\_

**Pour les nouvelles demandes d'adhésion**

**Pour compléter votre adhésion, merci de nous renvoyer ce document  
signer et de nous fournir :**

- une copie de vos lettres patentes;
- le texte de votre mission;
- une description des services offerts et une copie du dernier rapport d'activités;
- une résolution du conseil d'administration;
- Je joins 25\$ (par personne): Chèque  Comptant  Interac

*\*\*\* Le Conseil d'administration se réserve le droit de réclamer toute autre pièce jugée utile. \*\*\**