

Adhésion Renouvellement

No. membre (s'il y a lieu) : _____-___-_____

Monsieur Madame

Prénom : _____ Nom : _____

Accompagnateur : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Prov : _____

Code Postal : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : ___/___/___

Date de naissance accompagnateur : ___/___/___

Courriel : _____

Je paye par carte de crédit  

de carte: _____ Exp: _____

Je paye par chèque ou mandat
Pour les contributions par chèques veuillez libeller à l'ordre de Phobies-Zéro

J'inclus un don à l'organisme
Un reçu aux fins d'impôts sera émis pour les dons de 20 \$ et plus.
Organisme de charité: NE 13825 1418RR0001
 20 \$ 30 \$ 50 \$ 100 \$ Autre: _____ \$

Poster ce coupon avec votre paiement à:

Phobies-Zéro
C.P. 5681
Sainte-Julie, Qc
J3E 1X5 450-922-5964



ADHÉSION	Coût	* Poste		Qté		Total
Membre	20,00 \$	5,00 \$	x	_____	=	_____ \$
Membre avec accompagnateur	28,00 \$	5,00 \$	x	_____	=	_____ \$
RENOUVELLEMENT						
Membre	20,00 \$	2,00 \$	x	_____	=	_____ \$
Membre avec accompagnateur	28,00 \$	2,00 \$	x	_____	=	_____ \$
	Merci !					_____ \$

* Frais de poste et manutention

www.phobies-zero.qc.ca

