

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. ****