

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

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.