



FORMULAIRE D'ADHÉSION
pour l'année 2016-2017 (de juin 2016 à mai 2017)

NOM : _____

ORGANISME : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ CELLULAIRE : _____

COURRIEL : _____

SITE INTERNET : _____

J'inscris mon organisme – cotisation de 100,00 \$ (les taxes ne s'appliquent pas)

Je désire être membre individuel – cotisation de 50,00 \$ (les taxes ne s'appliquent pas)

Veillez retourner ce document avec votre paiement au Conseil québécois sur le tabac et la santé 302-4126, rue Saint-Denis Montréal (Québec) H2W 2M5

Réservé à l'administration

Date de réception : _____

Signature : _____