

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Membre corporatif – Abonnement 2 ans

Veillez remplir le formulaire et nous le retourner avec votre chèque au montant de 90 \$ libellé au nom d'Acouphènes Québec

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Occupation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

J'inclus un don d'encouragement de : 5 \$ 10 \$ 15 \$ 20 \$ et plus _____ \$

Je désire recevoir des documents informatifs traitant d'acouphènes

Je désire obtenir une conférence sur les acouphènes

