

Renouvellement de cotisation 2018

MON APPUI

à l'Association québécoise des laryngectomisés
pour l'année 2018

Ma cotisation de membre ACTIF 2018: 10.00 \$
Mon don : + \$
Total : = \$

Je suis une personne laryngectomisée (trachéotomisée) : oui non

Je désire recevoir un reçu officiel : oui non

Voici mes coordonnées (en lettres moulées, s.v.p.) :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal _____

Paiement : chèque mandat

**S.V.P. Retournez à l'adresse suivante: Association québécoise des laryngectomisés, 5565 rue
Sherbrooke est, Montréal, Qc, H1N 1A2**