



AICQ
Association
des implantés cochléaires
du Québec

Site Internet : <http://www.aicq-implant.org>

FORMULAIRE D'ADHÉSION / MEMBERSHIP FORM

Don: Montant : _____
Renouvellement : - ou - Nouvelle adhésion :
Membre régulier : - ou - Membre sympathisant :
(personne implantée) (toute autre personne)

Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : Dom. : () _____ Bur. : () _____
Courriel : _____
Cotisation de **25\$** jointe : Oui Non
Signature : _____ Date : _____

Donation: Amount: _____
Renewal: - or - New membership:
Regular member: - or - Sympathising member:
(cochlear recipient) (other person)

Name: _____
Address: _____
City: _____ Zip code: _____
Phone: home: () _____ Work: () _____
E-Mail: _____
Subscription of **25\$** enclose with the form: Yes No
Signature: _____ Date: _____

Retourner le formulaire avec votre paiement à - Please return this form and money at:

AICQ

5100, rue des Tournelles, bureau 130 Québec (Québec) G2J 1E4

Merci de nous soutenir!

Thanks for your support!