**FORMULAIRE D’ADHÉSION/DE DON**

**2019-2020**

**VOTRE IDENTITÉ**

Prénom\* : Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse\* : Cliquez ici pour taper du texte.

Ville\* :Cliquez ici pour taper du texte.

Code Postal\* : Cliquez ici pour taper du texte.

Âge\* :Cliquez ici pour taper du texte.

Courriel\* : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom\* : Cliquez ici pour taper du texte.

Appartement\* : Cliquez ici pour taper du texte.

Province\* : Cliquez ici pour taper du texte.

Pays\* : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone\*: Cliquez ici pour taper du texte.

\* Champs obligatoires – Ces informations restent confidentielles et pour un usage interne seulement. Elles sont nécessaires à des fins statistiques et pour les redditions de comptes auprès des bailleurs de fonds.

**LES TROUBLES DU SOMMEIL QUI VOUS CONCERNENT**

***Quel est votre sujet d’intérêt ?***

Cliquez ici pour taper du texte.

(400 caractères seulement)

**JE SOUHAITE DEVENIR :**

MEMBRE ACTIF  MEMBRE CORPORATIF  MEMBRE INSTITUTIONNEL 

Renouvellement d’adhésion : 

**JE SOUHAITE FAIRE UN DON :**   Inscrire le montant.

Chèque à l’ordre de « Fondation Sommeil » et l’adresser au 1600 avenue De Lorimier # 380A, Montréal (Québec) H2K 3W5

Je désire recevoir un reçu :   (Reçu pour fins d’impôt dès 25 $)

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_