

**Pour une période de 12 mois****Informations personnelles** M.  Mme

Nom

Prénom

Adresse domicile

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

Année de naissance

Occupation

**Les troubles du sommeil qui vous concernent**

- 
- Syndrome des jambes sans repos
- 
- Syndrome de l'apnée obstructive du sommeil
- 
- 
- Insomnie
- 
- Bruxisme
- 
- Narcolepsie/hypersomnie
- 
- Parasomnie

**Coût de l'adhésion**Type d'adhésion :  Régulière (25,00\$)  Corporative (100,00\$)  Institutionnelle (30,00\$)Abonnement aux envois courriel :  J'accepte de recevoir les courriels  Je refuseSouhaiteriez-vous devenir membre du conseil administration ?  Oui  Non**Je souhaite faire un don**

Numéro d'organisme de charité : 134964766 RR 0001

 30,00 \$  50,00 \$  100,00 \$  autre \_\_\_\_\_

Je désire recevoir un reçu pour fins d'impôt (pour les dons de 30,00\$ et plus)

 Je voudrais un reçu  Non, merci**Paiement par chèque** Chèque ci-joint**Paiement par carte de crédit** VISA  MASTERCARD

Nom du titulaire

Numéro de la carte

Signature du titulaire

Date d'expiration

Code de sécurité

Veuillez faire parvenir votre chèque à l'ordre de  
la Fondation Sommeil au :2030, boul. Pie-IX, bureau 403  
Montréal (Québec) H1V 2C8

TPS: 13496 4766 RT0001  
TVQ: 1015423052 DQ0001