

Peu importe que vous soyez un organisme, une entreprise ou une institution, vous pouvez en remplissant ce formulaire, soutenir notre organisme et participer de façon tangible à l'amélioration du quotidien des personnes vivant avec une blessure à la moelle épinière et des personnes handicapées à la recherche d'un emploi.

### ENSEMBLE, RÉINVENTONS L'AUTONOMIE

Organisme

Entreprise

Institution

Langue de correspondance : Français  Anglais

Numéro d'abonnement : \_\_\_\_\_

(Réservé à MEMO-QC)

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Personne responsable : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Site Web : \_\_\_\_\_

Important afin que vous receviez votre bulletin électronique

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

**Si vous comptez déménager dans les mois futurs, S.V.P. faites-nous part de tout changement d'adresse le plus tôt possible par courriel, téléphone ou par la poste.**

35 \$ (1 *Paraquad* par parution)

ou

70 \$ (4 *Paraquad* par parution) pour 1 an

90 \$ (1 *Paraquad* par parution) pour 3 ans

ou

180 \$ (4 *Paraquad* par parution) pour 3 ans

Mode de paiement :

Visa

Master Card

Mandat-poste

Chèque

Comptant

Numéro carte de crédit : \_\_\_\_\_

Date expiration : \_\_\_\_\_

Mois / Année

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_