

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 : Montréal

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 \$ pour 1 an

90 \$ pour 3 ans

Mode de paiement :

Visa

MasterCard

Mandat-poste

Chèque

Comptant

Numéro carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

Mois / Année

Signature : _____ CVV _____ Date : _____