

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 : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

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

Important afin que vous receviez votre bulletin électronique

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : (Québec) 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

Paiement par :

Visa \_\_\_\_\_ MC \_\_\_\_\_ Mandat-  
poste \_\_\_\_\_ Chèque \_\_\_\_\_ Comptant \_\_\_\_\_

Numéro carte de crédit : \_\_\_\_\_ Date expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mois Année

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_