



FORMULAIRE D'ADHÉSION
pour l'année 2018-2019 (du 1er juin 2018 au 31 mai 2019)

NOM : _____

ORGANISME : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ CELLULAIRE : _____

COURRIEL : _____

SITE INTERNET : _____

Je désire être membre associé et inscrire mon organisme
– cotisation de 100,00 \$ *(les taxes ne s'appliquent pas)*

Je désire m'inscrire à titre de membre individuel
– cotisation de 50,00 \$ *(les taxes ne s'appliquent pas)*

Veillez retourner ce document avec votre paiement au **Conseil québécois sur le tabac et la santé 302-4126, rue Saint-Denis Montréal (Québec) H2W 2M5**

Réservé à l'administration

Date de réception : _____

Signature : _____