

**ASSOCIATION DU SYNDROME DE SJÖGREN
FORMULAIRE D'ADHÉSION**

Adhésion 30\$ (Valide pour 12 mois)

Renouvellement ____ Nouvelle adhésion ____

Don:

Bienfaiteur 50\$ Commanditaire 100\$ ou plus Autre _____\$
(Un reçu aux fins d'impôt sera automatiquement émis pour tout don de 15\$ ou plus)

M. Mme.

Prénom _____

Nom _____

Adresse _____

Bureau ou app. _____ Ville _____

Province: _____ Code postal _____

Tél. () _____ Téléc. () _____ Cell () _____

Courriel électronique _____

Une fois membre, nous pourrons vous aider à mener une vie plus productive et plus agréable.

Personne atteinte du syndrome de Sjögren's _____
Parent ou ami d'une personne atteinte du SS _____ Autre _____

Prière de libeller votre chèque ou mandat-poste à l'ordre de:

ASSOCIATION DU SYNDROME DE SJÖGREN INC.

3155 Hochelaga, Bureau 001
Montréal, Québec
Canada
H1W 1G4

Tél. : (514) 934-3666
Sans frais : 1 877 934-3666
Téléc. : (514) 934-1241

sjogren.montreal@qc.aira.com