



# ASSOCIATION GÉNÉRALE DES INSUFFISANTS RÉNAUX

Retournez au : 4865, boul. Gouin Est,  
Montréal-Nord (Québec) H1G 1A1

## ADHÉSION 2020

Je soussigné(e) désire devenir membre de l'**Association Générale des Insuffisants Rénaux**. Je joins à ma demande un chèque ou mandat à l'ordre de ladite association, au montant de **DIX dollars** (10 \$) en paiement de la cotisation annuelle. **COCHEZ S.V.P. (✓)**

- Hémodialyse hospitalière**  **Hémodialyse à domicile**  **Dialyse péritonéale**  
 **Protection rénale**  **Greffé(e)**  **Donneur vivant**  **Sympatitisant**  **Autre, précisez** \_\_\_\_\_

Veuillez S.V.P. compléter cette partie en lettres carrés

Quel est votre centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Dialysé(e) Hémo-PPAC depuis le : \_\_\_\_\_

Greffé depuis quelle année : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
No Rue Ville Province

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone résidence \_\_\_\_\_ Téléphone travail \_\_\_\_\_

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

Date de naissance \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

\* Les membres reçoivent automatiquement le bulletin

Je désire recevoir le bulletin A.G.I.R.\* Oui  Non  À la maison  par courriel  (Cochez une seule case)

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



A.G.I.R. 4865, boul. Gouin Est, Montréal-Nord (Québec) H1G 1A1

**Je désire faire un don à l'Association  
Générale des Insuffisants Rénaux au montant de**

\_\_\_\_\_ \$

S.V.P. me faire parvenir un reçu pour fins d'impôts (pour les dons de 10\$ et plus.)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
No Rue Ville Province

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone résidence \_\_\_\_\_ Téléphone travail \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_