



## ASSOCIATION GÉNÉRALE DES INSUFFISANTS RÉNAUX

Retourner au : 4865 Boul. Gouin Est Montréal (QC) H1G 1A1

# ADHÉSION 2016

Valide de janvier à décembre

Nom: \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

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

Code postal: \_\_\_\_\_ Tél. Résidence : \_\_\_\_\_ Tél. Cellulaire : \_\_\_\_\_

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

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

Centre hospitalier : \_\_\_\_\_

COCHEZ S.V.P.

Protection rénale  Hémodialyse hospitalière  Hémodialyse à domicile  DPAC

Greffé(e)  Sympathisant  Donneur Vivant

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.

Je désire recevoir le bulletin d'information AGIR\* Oui  Non

\*Les membres reçoivent automatiquement le bulletin

À la maison  Par courriel

Je désire faire un don à l'Association Générale des Insuffisants Rénaux au montant de : \_\_\_\_\_ \$

Svp me faire parvenir un reçu pour fin d'impôts (Montant supérieur ou égal à dix dollars)

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature