



FORMULAIRE D'INSCRIPTION MEMBRE SOLIDAIRE

Nom de l'organisme : _____

Abréviation (si applicable) : _____

COORDONNÉES

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Autre téléphone : _____ Courriel : _____
(numéro sans frais)

Site internet : _____

Numéro de charité : _____

REPRÉSENTANT(E)

Nom-prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Date :

Signature du représentant :

Merci de nous retourner le formulaire rempli par la poste ou par courriel :

840 rue Raoul-Jobin, suite 203

Québec (QC) – G1N 1S7

administration@aqcid.com