



# Cotisation annuelle 2019-2020

du 1er avril 2019 au 31 mars 2020

- Info bulletin** : 3 fois par année
- Journal de l'APVSL** (conférences, ateliers, etc...)
- Aide et information aux membres avec service à la clientèle**

### Sur demande seulement

Si vous voulez recevoir

- Info Bulletin**       **Journal de l'APVSL**  
par la poste

\*En choisissant la correspondance par courriel, vous aidez l'APVSL   protéger l'environnement.

# _____	Prénom : _____	Nom : _____
Adresse : _____	# App : _____	
Ville : _____	Code postal : _____	
Courriel : _____	Tél : _____	<input type="checkbox"/> <b>ATS</b> <input type="checkbox"/> <b>VOIX</b> <input type="checkbox"/> <b>SRV</b>
FAX : _____	TEXTO: _____	
Date de naissance : ____/____/____ <small>Jour / mois / année</small>		
Sourd(e) <input type="checkbox"/>	Sourd(e) Usher <input type="checkbox"/>	Malentendant(e) <input type="checkbox"/> Entendant(e) <input type="checkbox"/> Implant(e) <input type="checkbox"/>

# _____	Prénom : _____	Nom : _____
Courriel : _____	Tél : _____	<input type="checkbox"/> <b>ATS</b> <input type="checkbox"/> <b>VOIX</b> <input type="checkbox"/> <b>SRV</b>
TEXTO: _____		
Date de naissance : ____/____/____ <small>Jour / mois / année</small>		
Sourd(e) <input type="checkbox"/>	Sourd(e) Usher <input type="checkbox"/>	Malentendant(e) <input type="checkbox"/> Entendant(e) <input type="checkbox"/> Implant(e) <input type="checkbox"/>

\* Veuillez nous avertir si vous déménagez ou votre courriel\*

<input type="checkbox"/> <b>20\$</b> individu (seul)
<input type="checkbox"/> <b>25\$</b> couple
<input type="checkbox"/> <b>15\$</b> �ge d'or <b>individu</b> (55 ans et plus)
<input type="checkbox"/> <b>20\$</b> couple âge d'or 55 ans et plus
<input type="checkbox"/> <b>30\$</b> famille
<input type="checkbox"/> <b>20\$</b> membre soutien ou sympathisant (employé APVSL; interprète; preneur de notes)

<input type="checkbox"/> Comptant
<input type="checkbox"/> Carte de débit
<input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre APVSL
Carte de crédit <input type="checkbox"/> <b>VISA</b> <input type="checkbox"/> <b>MasterCard</b> <input type="checkbox"/> <b>American Express</b>
Nom et prénom du détenteur de la carte de crédit _____
Numéro de la carte  _____ _____ _____ _____
V-Code      Date d'expiration _____ _____ _____ _____  M M / A A
Signature : _____

## Enfants (17 ans et moins)

Nom complet : _____	Date de naissance : ____/____/____
Nom complet : _____	Date de naissance : ____/____/____
Nom complet : _____	Date de naissance : ____/____/____
Nom complet : _____	Date de naissance : ____/____/____

S.V.P. Envoyez votre cotisation par la poste ou venez à notre bureau pour nous rencontrer. Merci !