

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SYNDROME DE TURNER

Demande d'adhésion / Renouvellement

LES INFORMATIONS PERSONNELLES :

Nom : _____

Nom de l'enfant ayant le ST (pour les adhésions familiales) : _____

Je suis (cochez une seule réponse) : un adulte ayant le ST un adolescent ayant le ST un parent d'un enfant ayant le ST

Année de naissance de la personne ayant le ST : _____

un proche ou un ami d'une personne ayant le ST

un professionnel (champ d'intérêt) _____ (affiliation) _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. : (rés.) _____ (bur.) _____ (cell.) _____

Courriel : _____

Droits annuels :

15 \$ - Étudiants (école secondaire, collège, université, métier) ou revenu fixe (p. ex., invalidité, pension, soutien du revenu)

30 \$ - Particulier 40 \$ - Familles 50 \$ - Professionnels de la santé / établissements

Veuillez noter que l'adhésion à une division comprend l'adhésion à l'organisme national.

MONTANT INCLUS :

Droit d'adhésion annuel : _____ \$ (en devises canadiennes)

Don additionnel : _____ \$

Je tiens à orienter mon don vers :

la Société canadienne du syndrome de Turner une division (veuillez préciser laquelle) : _____

Total: _____ \$

DEMANDE D'AFFILIATION À UNE DIVISION :

Les membres sont priés d'adhérer à la division la plus près. Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la division à laquelle vous adhérez. Retournez le formulaire à l'adresse indiquée sous la division pertinente. Si vous vivez trop loin d'une des divisions actuelles, veuillez sélectionner « Adhésion nationale seulement ».

Adhésion nationale seulement – Société canadienne du syndrome de Turner, 30, avenue Cleary, pièce 9, Ottawa (ON) K2A 4A1

Vancouver – Div. de Vancouver, Société du syndrome de Turner, 2268, Rosebud Lane, Pièce 302, Vancouver (BC) V6K 4S6

Edmonton – Trésorier, Div. d'Edmonton, SST, 3005, 130e Ave., Edmonton (AB) T5A 3M1

Toronto – Société du syndrome de Turner de Toronto, C. P. 67067, 2300, rue Yonge, Toronto (ON) M4P 1E0

Ottawa – Div. d'Ottawa, Société canadienne du syndrome de Turner, 30, avenue Cleary, pièce 9, Ottawa (ON) K2A 4A1

Québec – Association du syndrome de Turner du Québec, 14, du Caribou, Pièce 1908, Longueuil (QC) J4N 1R2

LISTE D'ENVOI :

J'accepte que mon nom et mon adresse figurent sur la liste d'envoi des bulletins du secrétariat national et des divisions, ainsi que des renseignements à propos des conférences et événements à venir.

Je préfère recevoir la correspondance par (cochez un seul mode)

courriel la poste

J'accepte que mon nom, mon numéro de téléphone et ma ville soient inclus dans une liste des coordonnées des membres désireux de recevoir des appels d'autres organismes sollicitant un soutien des dossiers touchant le ST. Cette liste n'est nullement publique, mais sera utilisée par les membres du comité exécutif du secrétariat national et des divisions.