



***Je désire devenir membre du Cercle des Amis de la Société Alzheimer de Montréal et ainsi joindre mes efforts aux vôtres pour combattre cette maladie.***

***Membre Ami*** pour un montant de : 25 \$

- Privilèges : - Bulletin « Liaison », trois numéros par année  
- Droit de vote lors de l'Assemblée générale annuelle

***Membre Patron*** pour un montant de : 75 \$

- Mensualités de 6,25 \$ ou un seul versement
- Privilèges : - Bulletin « Liaison », trois numéros par année  
- Droit de vote lors de l'Assemblée générale annuelle  
- Invitation aux conférences et événements

***Membre Protecteur*** pour un montant de : 150 \$

- Mensualités de 12,50 \$ ou un seul versement
- Privilèges : - Bulletin « Liaison », trois numéros par année  
- Droit de vote lors de l'Assemblée générale annuelle  
- Invitations aux conférences, aux événements et à la fête de Noël  
- Nom publié dans le rapport annuel (si désiré)

**Options de paiement :**

Veuillez trouver ci-joint mon chèque

Veuillez prélever la somme de \_\_\_\_\_ \$ sur ma carte de crédit

J'autorise la Société Alzheimer de Montréal à prélever la somme de \_\_\_\_\_ \$ sur ma carte de crédit, le 15<sup>e</sup> jour de chaque mois.

No carte de crédit \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

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

Société Alzheimer de Montréal, 5165 rue Sherbrooke O., Bureau 410, Montréal (QC) H4A 1T6