



## Membre de la Société Alzheimer de Montréal Cercle des Amis

**Je souhaite devenir membre de la Société Alzheimer de Montréal et ainsi joindre mes efforts aux vôtres pour combattre cette maladie.**

**Je désire adhérer en tant que :**

- **Ami** pour un montant de : **20\$**
  - ❖ Privilèges : Bulletin « Liaison » quatre numéros par année  
Droit de vote à l'Assemblée générale annuelle
  
- **Patron** pour un montant de : **60\$**
  - Paiement de 5 \$ par mois ou en un seul paiement
  - ❖ Privilèges : Bulletin « Liaison » quatre numéros par année  
Droit de vote à l'Assemblée annuelle  
Invitation aux conférences et événements
  
- **Protecteur** pour un montant de : **120\$**
  - Paiement de 10 \$ par mois ou en un seul paiement
  - ❖ Privilèges : Bulletin de « Liaison » quatre fois par année  
Droit de vote à l'Assemblée générale annuelle  
Invitations aux conférences et événements et à la fête de Noël  
Nom inscrit au rapport annuel si désiré

### Options de paiement :

Veillez trouver mon chèque ci-inclus

Veillez prélever mensuellement le montant sur ma carte de crédit

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

Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Ville : _____	Code postal : _____
No. carte de crédit : _____	date exp. : _____
No. de téléphone : _____	Courriel : _____

**La Société Alzheimer de Montréal**  
**5165, rue Sherbrooke Ouest, bur 410**  
**Montréal (Québec) H4A 1T6**  
**Télécopieur : (514) 369-4103**