

Formulaire en français voir au verso

First and last Name : _____

Mailing adresse : _____ **City :** _____

Code Postale : _____ **Tél.** _____

Courriel : _____
2nd family member's name : _____

Please added me to ARS mailing list: Yes: ☐ No: ☐

I want to volunteer: Yes: ☐

Membership category: Individual \$25 ☐ Family \$55 ☐ Corporate \$75 ☐

Payment method:

☐ **Cash**

☐ **Cheque** Made out to **Arthrite Rive-Sud** and returned to the following postal address
Arthrite Rive-Sud, 5811 rue Auteuil, Brossard (Québec) J4Z 1M9.

☐ **Interac transfer** by e-mail: financement@arthriterivesud.org.

(Question: Arthritis; answer: support); or PayPal

Your request will only be processed once we have received the completed form, and the funds have been transferred.

For more information, please contact info@arthriterivesud.org.

To donate, please enter the amount: _____

Please note that you may receive a tax receipt.

By signing this document, I agree that ARS and its authorized personnel may collect, process, use and store my information to compile my dossier. The privacy policy is available at [arthriterivesud.org/à propos/#loi25](http://arthriterivesud.org/à%20propos/#loi25).

Signature : _____ **Date :** _____

We thank you for your interest in ARS

*** À l'usage de l'administration ***			
Adhesions : Individual ☐ Family ☐ Corporate ☐		Effective on : _____ # Member : _____	Received : _____
Mode de paiement : Comptant ☐ Chèque ☐ Virement ☐		Total du montant : _____	
Renew ☐ New membre ☐ Don ☐		_____	

Déposer le : _____

Traité par : _____

Form in English see overleaf

Prénom et nom : _____

Adresse postale : _____ **Ville :** _____

Code postale : _____ **Tél.** _____

Courriel : _____
**Nom du 2^e membre
familiale :** _____

Voulez-vous recevoir de l'information : Oui : ☐ Non : ☐

Je veux devenir bénévole : Oui : ☐

Type d'adhésion : Individuel **25\$** ☐ Familiale **55 \$** ☐ Corporatif **75 \$** ☐

Mode de paiement :

☐ **Comptant**

☐ **Chèque** au nom d'**Arthrite Rive-Sud** et retourné à l'adresse postale suivante :
Arthrite Rive-Sud, 5811 rue Auteuil, Brossard (Québec) J4Z 1M9

☐ **Virement** par Interac par courriel : financement@arthriterivesud.org ;
(Question : Arthrite ; réponse : support); ou PayPal

Votre demande sera traitée lorsque nous aurons reçu le formulaire complété et
que les fonds auront été transférés.

Pour plus de détail, vous pouvez communiquer par courriel à info@arthriterivesud.org

Pour faire un don, inscrivez le montant : _____

Notez que vous pourrez recevoir un reçu pour fin d'impôt

En signant ce document, j'accepte que ARS et son personnel autorisé collectent, traitent, utilisent et conservent mes informations pour constituer mon dossier. La politique de confidentialité est disponible sur arthriterivesud.org/à propos/#loi25.

Signature : _____ **Date :** _____

Nous vous remercions pour votre participation

*** À l'usage de l'administration ***		
Adhésion : Individuel ☐ Familiale ☐ Corporatif ☐	En vigueur le : _____ # Membre : _____	Reçu le : _____
Mode de paiement :	Comptant ☐ Chèque ☐ Virement ☐	
Renouvellement ☐ Nouveau membre ☐ Don ☐	Total : du montant :	

Déposer le : _____

Traité par : _____