

COUPON D'ADHÉSION À L'ASSOCIATION DES BELLEAU DIT LAROSE D'AMÉRIQUE

Cotisation pour : 12 mois/30\$ 24 mois/46\$ 36 mois/60\$

Conjoint(e) pour: 12 mois/15\$ 24 mois/23\$ 36 mois/30\$

Ci-joint, chèque au montant de _____\$ (canadien) fait à l'ordre de : l'ABLA

Nom

Prénom

Date de naissance (JJ-MM-AA)

Numéro, rue, appartement

Ville

Province

Code postal

Tél. résidence

Tél. bureau ou cellulaire

courriel/télécopieur

Prénom du père

Nom et prénom de la mère

Conjoint(e) Nom

Conjoint(e) Prénom

Date du mariage (JJ-MM-AA)

Lieu du mariage

Signature

Date d'envoi (jj-mm-aa)

||confirmation suivra||