

*Je désire adhérer à la Fondation québécoise de la maladie coeliaque et recevoir la documentation adressée aux membres de façon régulière*

Madame  Monsieur

Nom, Prénom		
Entreprise (au besoin)		
Adresse		
Ville		
Province		Code postal
Téléphone		
Adresse courriel		
Occupation		
Date de naissance		

Zone réservée à la FQMC	
N° membre	
Date expiration	
Entrée dans la base de données	<input type="checkbox"/>
Code d'accès expédié	<input type="checkbox"/>
Déposé le :	

***Veillez cocher les cases appropriées :***

*Ces informations nous aideront à mieux vous servir.*

- Personne atteinte de la maladie coeliaque  
 Parent d'enfant coeliaque  
 Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance de l'enfant \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance de l'enfant \_\_\_\_\_

- Médecin  
 Nutritionniste  
 Autre \_\_\_\_\_  
 J'aimerais participer à des rencontres entre membres  
 Je serais intéressé(e) à suivre des cours de cuisine sans gluten

***Où avez-vous entendu parler de la FQMC***

- Médecin  Membres  
 Gastroentérologue  Amis, parents  
 Nutritionniste  Journaux  
 Médias sociaux  Autre \_\_\_\_\_

<b>ADHÉSION</b>	<b>75.00 \$</b>
<b>J'AJOUTE UN DON *</b>	\$
<b>TOTAL</b>	\$

\* Un reçu d'impôt sera émis pour les dons de plus de 20 \$

Je désire un reçu de don pour fins d'impôt

Oui  Non

**PAIEMENT PAR  
CHÈQUE**

FONDATION QUÉBÉCOISE DE LA MALADIE COELIAQUE

1235, rue Gay-Lussac  
 Boucherville (Québec) J4B 7K1  
 Tél.: 514-529-8806  
 Courriel: info@fqmc.org - Site web: www.fqmc.org

**PAIEMENT PAR  
CARTE DE CRÉDIT**

Carte de crédit au nom de : \_\_\_\_\_

Visa  MasterCard

Expiration

[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
--------------	--------------	--------------	--------------	-----------

SEC code (3 petits chiffres à l'arrière de la carte) [ ][ ][ ]

Pour plus de sécurité, communiquez avec nous par téléphone