

FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT



FONDATION QUÉBÉCOISE
DE LA MALADIE CŒLIAQUE

ET AUTRES MALADIES INDUITES PAR LE GLUTEN

Nom, Prénom

Téléphone

Adresse courriel

N° membre

Je désire **RENOUVELER** mon adhésion et continuer à recevoir la documentation adressée aux membres de façon régulière.

RENOUVELLEMENT AVEC DON

RENOUVELLEMENT 1 AN	50.00 \$	RENOUVELLEMENT 2 ANS	100.00 \$
J'AJOUTE UN DON *	\$	J'AJOUTE UN DON *	\$
TOTAL	\$	TOTAL	\$

RENOUVELLEMENT SANS DON

1 AN	2 ANS
50.00 \$	100.00 \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DON SEULEMENT

\$

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

À COMPLÉTER SEULEMENT S'IL Y A DES MODIFICATIONS

Adresse

Ville

Province

Code postal

EN LIGNE

WWW.FQMC.ORG/ZONE-MEMBRE/RENOUVELLEMENT

**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 Master Card

Expiration

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--

Pour plus de sécurité, communiquez avec nous par téléphone