Association des Personnes Vivant avec une Surdité de Laval

Cotisation annuelle 2025-2026

(1er avril 2025 au 31 mars 2026)

INFOLETTRE

PAR COURRIEL : ☐ PAR LA POSTE : ☐

*En choisissant la correspondance par courriel, vous aidez l'APVSL à protéger l'environnement.

PHOTOS

J'accepte que les photos de moi paraissent dans toutes les publications de l'APVSL

OUI ☐ NON ☐

*** Veuillez nous avertir si vous déménagez ***

_____ Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : ____ /____ /_____
Jour / mois / année

Adresse : _____ # Apt : _____ Code postal : _____

Ville : _____ Courriel : _____

Boîte Postale : _____ Tél :_____ ☐ ATS ☐ VOIX SRV: _____

SKYPE :_____ SMS: _____

Sourd(e) ☐ Sourd(e) Usher ☐ Malentendant(e) ☐ Entendant(e) ☐ Implant(e) ☐

_____ Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : ____ /____ /_____
Jour / mois / année

Courriel : _____

Tél :_____ ☐ ATS ☐ VOIX SRV: _____

SKYPE :_____ SMS:_____

Sourd(e) ☐ Sourd(e) Usher ☐ Malentendant(e) ☐ Entendant(e) ☐ Implant(e) ☐

Enfants (17 ans et moins)

Nom complet : _____ Date de naissance : _____ /_____/_____
Nom complet : _____ Date de naissance : _____ /_____/_____
Nom complet : _____ Date de naissance : _____ /_____/_____
Nom complet : _____ Date de naissance : _____ /_____/_____

Du 1er avril 2025 au 31 mars 2026

Individu (tous les âges de 18 ans et plus)	☐ 18$
Couple	☐ 36$
Membre soutien /sympathisant (Employé APVSL; interprète; preneur de notes)	☐ 18$
Associée	☐ 50$
Membre moins de 17 ans	Gratuit

Mode de paiement

☐ Virement bancaire: tresoriere@apvsl.ca (mot de passe: MEMBRE)
☐ Chèque à l'ordre APVSL

Carte de credit
☐ VISA ☐ MASTER CARD
NOM ET PRÉNOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE DE CRÉDIT
_____
NUMÉRO DE LA CARTE: _____
DATE D'EXPIRATION: _____ /_____
MM / AA

S.V.P Envoyez votre cotisation par la poste ou par courriel . Merci !

387 boul. des Prairies, bureau 211, Laval (Québec) H7N 2W4
SRV: 819-485-0175 ❀ Texto:(438) 884-9300
Courriel: tresoriere@apvsl.ca ❀ Site Web: en contruction