

## FORMULAIRE D'ADHÉSION

---

### JE DÉSIRE ÊTRE MEMBRE DE MERCIER-OUEST QUARTIER EN SANTÉ :

- En tant que **citoyenne, citoyen** du quartier Mercier-Ouest.
- En tant que **personne morale** sans représentation particulière ou représentant un organisme privé, communautaire ou public dont le siège social est dans le quartier ou qui intervient dans le quartier. (À ce titre, je joins au formulaire d'adhésion une lettre attestant que j'ai un mandat de l'organisme.)

### JE DÉSIRE RENOUELER MON MEMBERSHIP À MERCIER-OUEST QUARTIER EN SANTÉ

#### COÛT DE LA COTISATION

Membre citoyenne, citoyen : **5 \$**

Membre représentant un organisme communautaire : **20 \$**

Membre représentant un organisme parapublic, institutionnel et privé : **50 \$**

NOM DE L'ORGANISME \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ APP. \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

TÉL. DOMICILE (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ TÉL. BUREAU (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

COURRIEL \_\_\_\_\_

- Je **ne désire pas** recevoir l'information diffusée par MOQS (courriels, infolettres, etc.).
- Je **suis d'accord** avec la mission et les objectifs de MERCIER-OUEST QUARTIER EN SANTÉ.
- Les règlements généraux me seront fournis **sur demande** à l'enregistrement de mon adhésion.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

#### Faire parvenir à :

Mercier-Ouest quartier en Santé  
5797, rue Hochelaga  
Montréal (Québec)  
H1N 1W6

Téléphone : 514-251-0307  
Courriel : [direction@moqs.org](mailto:direction@moqs.org)

---