

Nom de l'association : _____

Courriel: _____

Délégué : _____

Courriel du délégué : _____

Objet : Cotisation annuelle 2018-2019 des associations membres de la SQF

La cotisation est établie selon le montant de subvention que votre association reçoit.

Montant de la cotisation

	Pour l'association qui reçoit une ou des subventions de :	La cotisation est :
<input type="checkbox"/>	0 \$ à 49 999,99 \$	50,00 \$
<input type="checkbox"/>	50 000,00 \$ à 99 999,99 \$	100,00 \$
<input type="checkbox"/>	100 000,00 \$ et plus	200,00 \$

Veillez poster votre cotisation à l'adresse suivante:

Société québécoise de la fibromyalgie
2465, rue Honoré-Mercier, bureau 225
Laval (Québec) H7L 2S9

Merci de votre contribution !

Pour usage interne seulement : Montant payé _____ No chèque _____ Date _____