



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Membre solidaire

Nom :
Prénom :
Votre adresse : <hr/> <hr/> <hr/>
Courriel :
Téléphone domicile :
Téléphone mobile :
Établissement où vous travailler :
En quelques phrases expliquez les raisons pour lesquelles vous désirez devenir membre solidaire du ROBSM : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Sujet à approbation par les membres du Conseil d'administration.

S.V.P. Faites parvenir ce formulaire complété avec un chèque de 25\$ au ROBSM (vous trouverez l'adresse dans l'entête de ce formulaire).