

ORGANISME			
TITRE PROFESSIONNEL (dans l'organisme membre)			
NOM			
ADRESSE			
VILLE		TÉLÉPHONE	
PROVINCE OU TERRITOIRE		CELLULAIRE	
PAYS		CODE POSTAL	
COURRIEL		LANGUE(S) PRÉFÉRÉE	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Bilingue

OUI, je veux recevoir le bulletin électronique du Réseau juridique, publié aux deux semaines.

TYPE D'ADHÉSION ET INFORMATION DE PAIEMENT

INDIVIDUEL	Régulier	<input type="checkbox"/> 10 \$
INSTITUTIONNEL	Budget annuel < 100 000 \$CAN	<input type="checkbox"/> 75 \$
	Budget annuel 100 000 – 300 000 \$CAN	<input type="checkbox"/> 150 \$
	Budget annuel 300 000 – 750 000 \$CAN	<input type="checkbox"/> 250 \$
	Budget annuel > 750 000 \$CAN	<input type="checkbox"/> 350 \$
DON SUPPLÉMENTAIRE	Une contribution additionnelle nous aidera à susciter de réels changements aux lois, politiques et programmes, au Canada et dans le monde. (Un reçu à des fins fiscales est émis pour tous les dons de 10 \$ ou plus pour lesquels les coordonnées du donateur sont fournies.)	_____ \$
TOTAL	Frais d'adhésion plus toute contribution additionnelle.	_____ \$

OUI, j'autorise le Réseau juridique à me remercier publiquement pour mon don.

MODE DE PAIEMENT

<input type="checkbox"/> Chèque ou mandat poste à l'ordre du « Réseau juridique VIH »
<input type="checkbox"/> VISA. Numéro de carte : _____ Date d'expiration : ____/____
X _____ Nom sur la carte : _____

Toutes les adhésions au Réseau juridique expirent le 31 mars.

En soumettant ce formulaire, vous consentez à recevoir par voie électronique toute information que le Réseau juridique est tenu par la loi de communiquer à ses membres. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en nous écrivant à info@hivlegalnetwork.ca, en lequel cas ces informations vous seront envoyées par la poste ou par tout autre moyen conforme aux exigences légales applicables.

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

Chq. / # autorisation _____

Date de traitement _____