

<b>ORGANISME</b>			
<b>TITRE PROFESSIONNEL</b> (dans l'organisme membre)			
<b>NOM</b>			
<b>ADRESSE</b>			
<b>VILLE</b>		<b>TÉLÉPHONE</b>	
<b>PROVINCE OU TERRITOIRE</b>		<b>CELLULAIRE</b>	
<b>PAYS</b>		<b>CODE POSTAL</b>	
<b>COURRIEL</b>		<b>LANGUE(S) PRÉFÉRÉE</b>	<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**

<b>INDIVIDUEL</b>	Régulier	<input type="checkbox"/> 10 \$
<b>INSTITUTIONNEL</b>	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 \$
<b>DON SUPPLÉMENTAIRE</b>	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.)	_____ \$
<b>TOTAL</b>	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](mailto: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 \_\_\_\_\_