

# Association des auxiliaires du CHSM

## Formulaire d'inscription

M.

Mme

Mlle

Nom

---

Prénom

---

Adresse

---

Ville

---

Code postal

---

N° téléphone

---

Cotisation : 15 \$ / année (veuillez cocher votre choix)

1 an

2 ans

3 ans

Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de :

**Association des auxiliaires du CHSM**

**3830, avenue Lacombe,**

**Montréal (Québec) H3T 1M5**