



CARTE DE MEMBRE

COÛT : 15\$

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____

Tél. travail : _____ Courriel : _____

ÊTES-VOUS UN NOUVEAU MEMBRE ?

Oui

Non

ÊTES-VOUS UN MEMBRE SUPPORTEUR ?

Oui

Non

Si vous êtes déjà membre, depuis quand ? _____

Êtes-vous stomisé(e) ? _____

Si vous êtes stomisé(e), à quelle date a eu lieu votre chirurgie ? _____

Quel est le nom de votre médecin ? _____

Quel type de stomie avez-vous ? Iléostomie Colostomie

Votre stomie est-elle ? Permanente Temporaire Urostomie

.....
Veuillez, s'il vous plaît, poster ce formulaire rempli accompagné de votre chèque à :

Association des Stomisés Richelieu-Yamaska
Case postale 183, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7B4

www.stomisesry.com