Organisation d’aide en santé pour la protection et la promotion des femmes et enfants victimes des violences sexuelles en milieu rural

FORMULAIRE D’ADHÉSION

Monsieur  Madame 

Prénom\* Saisir votre prénom. Nom\* Saisir votre nom.

Téléphone\* Saisir votre numéro de téléphone. Courriel\* Saisir votre courriel.

Adresse\* Saisir le numéro et le nom de votre rue.

N° Civique et rue

Saisir le numéro de votre appartement

App.

Saisir votre ville Saisir votre province

Ville Province

Saisir votre code postal. Saisir votre pays.

Code Postal Pays

Je, soussigné, désire adhérer à l’organisation à titre de Membre\* Choisissez un élément.

Je déclare solliciter mon adhésion à l’Association OSAMIPE moyennant une cotisation annuelle de 0,00 $ et pour une période de douze mois\* Choisissez un élément.

Je déclare avoir reçu un exemplaire du règlement extérieur dont j’ai pu prendre connaissance\* Choisissez un élément.

Je déclare m’engager à respecter toutes les obligations des membres de l’association qui y figurent dans les statuts et le règlement intérieur\* Choisissez un élément.