

**FORMULAIRE à compléter pour devenir MEMBRE de la
Fondation HTAPQ (Hypertension artérielle pulmonaire - Québec)**

Les personnes atteintes d'htap sont admises gratuitement comme membres.
Pour les autres personnes, une cotisation annuelle de 10,00 \$ est exigée pour devenir membre ou pour le demeurer.
Compléter le formulaire ci-dessous et le faire parvenir à l'adresse de la Fondation. (voir plus bas)

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ (No civique et rue)

Ville Province Code postal

Code régional et téléphone Adresse électronique

Je désire devenir membre de la Fondation HTAPQ : oui

J'accepte que HTAPQ communique avec moi à l'occasion : oui non

(Communications par courriel et/ou par la poste)

Signature *Ville* *Date*

SVP, faites parvenir à :

Fondation HTAPQ, 1840, avenue Painchaud, Plessisville, Qc G6L 2Z3

Inclure votre paiement de dix dollars (10\$).

Merci et bienvenue !

Les 4 questions ci-dessous doivent être complétées par les personnes atteintes d'htap.

1) Je suis une personne atteinte d'hypertension artérielle pulmonaire : oui

2) Mon médecin traitant est le docteur _____

3) J'ai été déclaré(e) atteint(e) d'htap en _____ (Inscrire l'année).

4) Ma date de naissance est : _____ (JJ - MM - AAAA)