

Les personnes atteintes d'htap sont admises gratuitement comme membres. Il leur suffit de compléter le formulaire ci-dessous et de le faire parvenir à l'adresse de la Fondation.

FORMULAIRE à compléter pour devenir MEMBRE de la
Fondation HTAPQ (Hypertension artérielle pulmonaire - Québec)
Et, aussi, membre de l'AHTP Canada (Association d'hypertension pulmonaire) (Inclus dans le 10\$)

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____ Numéro et rue

_____	_____	_____
Ville	Province	Code postal

Code régional et téléphone

Adresse électronique

Je désire devenir membre de la Fondation HTAPQ : oui

Je désire devenir membre de l'AHTP Canada : oui

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

J'accepte qu'AHTP Canada 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, en incluant un montant 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 :

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 : _____ (J - M - A)