

**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 :** \_\_\_\_\_

**Téléphone incluant code régional :** \_\_\_\_\_

**Adresse électronique :** \_\_\_\_\_

**Je désire devenir membre de la Fondation HTAPQ :**  Oui

**J'accepte qu'AHTP Canada communique avec moi à l'occasion :**  Oui  Non  
*(Communications par courriel et/ou par la poste)*

**Signature :**

**Formulaire rempli par :** \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**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/la docteur(e) :** \_\_\_\_\_
- 3) J'ai été déclaré(e) atteint(e) d'htap en (inscrire l'année) :** \_\_\_\_\_
- 4) Ma date de naissance est :** \_\_\_\_\_

**SVP, faites parvenir à :** Fondation HTAPQ, 1840, avenue Painchaud, Plessisville, Qc G6L 2Z3

**Ou par courriel à :** [info@htapquebec.ca](mailto:info@htapquebec.ca)

**Inclure votre paiement de dix dollars (10\$), si applicable.**

Merci et bienvenue !

