

La Fondation d'aide aux personnes incontinentes

(Il est entendu que cette cotisation ouvre droit à une inscription de mes coordonnées professionnelles sur le site Web de la FAPI, si je le désire)

___Oui, je désire faire un don à la FAAPI au montant de \$_____

(Un reçu officiel aux fins d'impôts sera émit pour tout don de 20\$ et plus)

Veillez écrire en lettres majuscules:

Nom: _____

Discipline & Certificats: _____

Institution/Clinique: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal: _____

Tél. (Cabinet) : (_____) _____ Téléc.: (_____) _____

Courriel: _____ @ _____

Signature _____) _____ Date _____

(Autorisation de publier les coordonnées professionnelles sur le site Web de La FAPI)