



Formulaire d'adhésion

Nom :	Prénom :
Type d'adhésion : <input type="checkbox"/> Médecin — \$100 <input type="checkbox"/> Médecin résident ou à la retraite — \$25	
Téléphone :	Courriel :
Adresse :	
Ville :	Province :
Code postal :	Pays :
Faites vos chèques au nom de : <i>Collectif des médecins contre l'euthanasie</i>	
Envoyez le formulaire et le chèque à : Collectif des médecins contre l'euthanasie 61, avenue de Vimy Montréal QC H3S 2P9	