



## RENOUVELLEMENT ANRQ MEMBRE ÉTUDIANT 2024 - 2025

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone maison : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Bur / Cell : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom du professeur : \_\_\_\_\_ Numéro de membre \_\_\_\_\_

Êtes-vous membre d'une autre association de médecine douce ?  Oui  Non

Laquelle ? \_\_\_\_\_

Pouvons-nous communiquer avec vous par internet ? Si oui merci de noter votre adresse

Courriel : \_\_\_\_\_

**Coût de la carte de membre étudiant pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 2024 au 30 juin 2025 :**

<b>Je certifie avoir pris connaissance des informations pertinentes à la cotisation</b>	
Cotisation membre étudiant A.N.R.Q. Pour l'année 2024- 2025	45\$
<b>CI-JOINT UN CHEQUE AU NOM DE L'A.N.R.Q.</b> <input type="checkbox"/> <b>OU VIREMENT BANCAIRE :</b> <input type="checkbox"/>	\$

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**À retourner accompagné de votre règlement à :**

**A.N.R.Q. 991, Champflour Trois-Rivières (QC) G9A 1Z8**

**Afin de répondre aux exigences de la loi 25 sur les renseignements personnels, nous conserverons vos documents pour une période de deux années d'exercice. Par la suite, ils seront détruits de manière sécuritaire.**