



**Association  
des implantés cochléaires  
du Québec**

Site Internet : <http://www.aicq-implant.org>

## FORMULAIRE D'ADHÉSION / MEMBERSHIP FORM

Renouvellement :  - ou - Nouvelle adhésion :   
Membre régulier :  - ou - Membre sympathisant :   
(Personne implantée) (Toute autre personne)

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : Dom. : \_\_\_\_\_ Bur. : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Cotisation de **25\$** jointe : Oui  Non   
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Renewal:  - or - New membership:   
Regular member:  - or - Sympathising member:   
(cochlear recipient) (other person)

Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_  
Phone: home: ( ) \_\_\_\_\_ Work: ( ) \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Subscription of **25\$** enclose with the form: Yes  No   
Signature: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Retourner le formulaire avec votre paiement à - Please return this form and money at :

**AICQ**  
**5100, rue des Tournelles, bureau 130**  
**Québec (Québec) G2J 1E4**

*Merci de nous soutenir !*

*Thanks for your support !*