

FORMULAIRE DE MEMBRE À LA CIVAPHL

Suivant la réception du formulaire, nous communiquerons avec vous pour préciser vos intérêts et votre le tarif de cotisation qui s'applique à votre entreprise et répondrons à vos questions.

** champs obligatoires*

Prénom * _____

Nom * _____

Courriel * _____

Téléphone * _____

Type de courriel *

- Professionnel _____
- Personnel _____

Sexe *

- Féminin _____
- Masculin _____

Langue de préférence *

- Anglais _____
- Français _____

Adresse

Ville _____

Province _____

Pays _____

Code postal _____

Titre * _____

Entreprise * _____

Site web _____

Secteur d'activité _____

Merci de votre intérêt et de votre engagement pour la cause des personnes handicapées.

**Pour plus d'information,
Communiquer avec Erik Ako**

Coordonnateur, Membership et Grands Partenaires

Téléphone : 450 668 1429

Courriel : info@civaphl.org

