Dystonia Medical Research Foundation Canada
Fondation de Recherche Médicale sur la Dystonie Canada
serving all dystonia-affected persons

DMRF Canada Formulaire

NOM_____**L'ADRESSE**_____

VILLE / PROVINCE / CODE POSTAL_____**TÉLÉPHONE**_____**EMAIL**_____

Écrivez clairement **Ecrivez les chèques à l'ordre de DMRF Canada (Les reçus ne seront émis que pour les dons de 20 $ et plus)**

Date	Prénom	Nom de famille	L'addresse - Rue, Ville, Prov, Code Postal	Téléphone/Email	Don $

Veuillez visiter www.dystoniacanada.org/fr pour plus de détails **Total des dons :** _____