

DMRF Canada Formulaire

NOM _____ L'ADRESSE _____

VILLE / PROVINCE / CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____ EMAIL _____

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

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

Veillez visiter www.dystoniacanada.org/fr pour plus de détails