



DEMANDE D'ADHÉSION

Je, soussigné(e), demande à devenir membre de la **Société d'histoire de Montmagny** pour la période suivante * :

1 an – 10,00\$

3 ans – 25,00\$

Nom : _____ Prénom _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province / État : _____

Code postal : _____

Téléphone : () - _____ - _____

Courriel : _____

Montant inclus : _____ \$

Date : _____ Signature : _____

(*) L'adhésion est valide jusqu'au 31 décembre de la période choisie ci-haut.

Instructions :

- ✓ Remplir de formulaire, l'imprimer et le faire parvenir à l'adresse postale de la SHM accompagné de la cotisation requise.