



Canada-Africa Community Health Alliance

Alliance de Santé Communautaire Canada-Afrique

Formulaire d'adhésion des membres *Membership Application Form*

Prière de remplir ce formulaire et de le poster au bureau de l'ASCCA. Merci.
Please fill out and mail this membership application to the CACHA office. Thank you.

Nom/Name: _____

Adresse/Address: _____

Ville/City: _____ Province: _____ Code postal/Postal Code: _____

No de tél, incluant le code régional

Tel. with area code: _____
(Jour/Daytime) (Soir/Evening)

Adresse électronique/Email Address: _____

- Oui, Je souhaite devenir membre de l'ASCCA (\$40 Régulier – *Regular*)
Yes, I would like to become a CACHA member (\$25 étudiants/3e âge/sans emploi -
students/seniors/unemployed)
 Je souhaite renouveler mon adhésion (\$80 Institutionnel – *Institutional*)
I wish to renew my membership

Mode de paiement/Method of payment:

- Chèque à l'ordre de l'Alliance de Santé Communautaire Canada-Afrique
Cheque payable to Canada-Africa Community Health Alliance

Visa Mastercard Cash

No. de carte/Card Number: _____

Date d'expiration/Expiry Date (Mo/Année-Year): _____

Nom du détenteur de la carte/Card Holder Name: _____

Signature: _____ Date _____

Merci pour votre adhésion – *Thank you for your donation.*

L'ASCCA est une organisation charitable. *CACHA is a registered charity.*
(No. 86288 9755 RR0001)

100 Marie Curie #300, Ottawa, ON K1N 6N5 Canada
Phone/Tél. : 613.234.9992 | Fax : 613.564.6627 | info@cacha.ca