



Société de généalogie de Longueuil

Téléphone :
(450) 670-1869

Courriel : info@sglongueuil.org

Site Web : www.sglongueuil.org

Adresse postale :
CP 21027 Succ Jacques-Cartier
Longueuil QC J4J 5J4

ADHÉSION RENOUELEMENT MODIFICATION DON

2

1-MEMBRE PRINCIPAL : Nom _____ Prénom _____ # _____
(Inclut émérite ou honoraire) (Membre)
Année de naissance (facultatif) _____ 1-Carte Accès Longueuil _____
(aaaa) 2-Carte Accès Longueuil _____

2-MEMBRE FAMILIAL : Nom _____ Prénom _____ # _____
Un seul MEMBRE FAMILIAL, résidant à la même adresse, peut être associé au MEMBRE PRINCIPAL (Membre)
Année de naissance (facultatif) _____

Ajout/Remplacement du MEMBRE FAMILIAL

Retrait du MEMBRE FAMILIAL

3

Adresse

Nouvelle adresse Depuis ? _____

Municipalité _____ Province / Pays _____ / _____ Code postal _____

1-Téléphone _____ 2-Téléphone _____

Nouveau tél.-1 Depuis ? _____ Nouveau tél.-2 Depuis ? _____

1-Courriel _____ 2-Courriel _____

Nouveau cour.-1 Depuis ? _____ Nouveau cour.-2 Depuis ? _____

À moins d'avis contraire, seul le MEMBRE PRINCIPAL recevra les communications officielles et la revue *Entre Nous* de la Société de généalogie de Longueuil

4

Acceptez-vous de recevoir des communications de la SGL **par courriel**? (Informations administratives / confirmations)

Acceptez-vous que des photos de vous soient publiées dans la revue *Entre Nous* de la SGL?

MEMBRE PRINCIPAL		MEMBRE FAMILIAL	
<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N
<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N

5

Cotisation annuelle Le renouvellement de l'adhésion est le 1^{er} avril de chaque année

Don rég.* _____ \$

N° enr. SGL : 1034834-50

MEMBRE PRINCIPAL 40\$ X _____ an(s)

Un reçu officiel aux fins de l'impôt sur le Revenu sera émis pour un don de 15\$ et plus

MEMBREFAMILIAL 20\$ X _____ an(s)

Paiement** Carte de crédit Virement Chèque(s) Comptant

**Ne pas inscrire vos informations financières sur ce formulaire – Un bénévole communiquera avec vous

6

En signant ce formulaire vous acceptez la « Politique sur la confidentialité des renseignements personnels » de la SGL. (voir au verso)

MEMBRE PRINCIPAL _____ Date _____
(Inclut émérite et honoraire) (Signature) (aaaa-mm-jj)

MEMBRE FAMILIAL _____ Date _____
(Signature) (aaaa-mm-jj)

Venez nous rencontrer au local de la SGL : 763 rue Després Longueuil QC

7

Réservé à l'Administration

En personne Téléphone Courrier Internet

Facture(s) # _____ Transmettre au membre

Note _____
(Année d'expiration)

Facturé par _____ # _____ Date _____

(Finances) (Initiales) (Membre) (aaaa-mm-jj)

Traité par _____ # _____ Date _____
(Accueil) (Initiales) (Membre) (aaaa-mm-jj)

Inscrit par _____ # _____ Date _____

(Sage) (Initiales) (Membre) (aaaa-mm-jj)

Total du paiement \$ _____

(Registre)

_____ _____ _____ 2024-2025