

OUI, je désire devenir membre collaborateur de l'AFAT

Nom de l'entreprise : _____

Catégorie de membre (voir carte tarifaire): _____

Nom du délégué : _____

Nom du deuxième délégué (si applicable) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Adresse site web : _____

Date : _____

Paiement :

VISA MasterCard Chèque (au nom de AFAT) Facturer

Numéro de la carte : _____

Expiration : _____ / _____

Veillez retourner votre formulaire à :

Association forestière de l'Abitibi-Témiscamingue
102, 7^e rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 1Z9
info@afat.qc.ca

