

Membership Form



West Island
LGBTQ2+
Centre

West Island LGBTQ2+ Centre
202 Woodside Road,
Beaconsfield, QC
H9W 1P2

Each year, the West Island LGBTQ2+ Centre renews its membership within the wider community. You are invited to be a member of the Centre by offering your professional services; or by paying an annual membership fee of \$25. Your memberships will help support the valuable work that we do at the Centre.

As a Member of the Centre's community, you will receive an automatic subscription to our Quarterly Newsletter. In addition you will also receive advanced notice to events that are hosted by the Centre, and preferable rates in some instances. At the Centre's Annual General Meeting (AGM), members are also able to vote on proposed resolutions.

Member Information (please print or type)

Name _____

Street Address _____

City, Postal Code _____

Phone Number _____

Email Address _____

Membership Fee

Membership Fee
(25\$/ Person): _____

Optional Donation : _____

Total: _____

Signature(s)

Date

Please mail your check with this completed form to the above address.

Please make checks payable to: **West Island LGBTQ2+ Centre**

Formulaire d'Adhésion



Centre
LGBTQ2+
Ouest-de-l'Île

Centre LGBTQ2+ Ouest-de-l'Île
202 Woodside Road,
Beaconsfield, QC
H9W 1P2

Chaque année, le Centre LGBTQ2+ Ouest-de-l'Île renouvelle son adhésion au sein de la communauté. Vous êtes invités à devenir membre du Centre en offrant vos services professionnels, ou en payant une cotisation annuelle de 25\$. Votre adhésion aidera à soutenir le travail précieux de l'organisme auprès de la communauté LGBTQ2+ du territoire.

En tant que membre de la communauté du Centre, vous recevrez une souscription automatique à notre bulletin d'information trimestriel. De plus, vous recevrez un préavis des événements organisés par le Centre, ainsi que des tarifs préférentiels, dans certains cas. Lors de l'assemblée générale annuelle du Centre, les membres peuvent également voter sur des résolutions proposées.

Information du Membre (lettres moulées)

Nom _____

Adresse postale _____

Ville, Code Postal _____

Téléphone _____

Courriel _____

Cotisation

Cotisation (25\$/
Person): _____

Dons Additionnels : _____

Total: _____

Signature(s)

Date

S'il vous plaît envoyez votre chèque avec ce formulaire rempli à l'adresse ci-dessus.

Faites vos chèques à l'ordre de: **West Island LGBTQ2+ Centre**