

## FORMULAIRE DE CHANGEMENT DE TITULAIRE

Numéro de membre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Raison de la demande de changement : \_\_\_\_\_

### NOUVELLES COORDONNÉES

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

Nombre de personnes dans la famille : \_\_\_\_\_

J'accepte de recevoir des communications par courriel de la part de Convivio.

Comme membre de la coopérative, je désire que Convivio oriente ses dons vers l'organisme suivant :

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_ N° organisme : \_\_\_\_\_

(cet appui est gratuit et n'affecte pas le montant de ristourne à recevoir)

**IMPORTANT :** ce formulaire doit être signé par le membre qui possède la carte actuellement.

Aucune autre signature ne sera acceptée sauf quand la personne est décédée (nous devons recevoir une copie du certificat de décès ou avis de décès paru dans les journaux).

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Reçu par (nom de l'employé) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_