

Formulaire d'inscription : membres de la famille



DMC a recours à plusieurs mesures de sécurité pour protéger les renseignements personnels et préserver leur confidentialité et l'organisation ne partagera aucun renseignement personnel avec des tiers, sauf si ce partage est directement lié à la prestation ou à l'amélioration de ses services, ou qu'une loi canadienne ne l'exige.

DMC a mis en place des directives et procédures pour prévenir tout accès non autorisé aux renseignements personnels et pour encadrer leur destruction. On peut consulter la Politique de confidentialité de DMC de son site Web ou l'obtenir sur demande.

Pour avoir plus d'information sur Dystrophie musculaire Canada ou sur sa Politique de confidentialité, composez le 1 800 567-2873 ou visitez le www.muscle.ca.

Nom :

Prénom

Nom de famille

Courriel :

Adresse :

Adresse 1

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone résidentiel :

Numéro de téléphone cellulaire :

Langue: English Français

À propos de vous

Quelle est votre relation avec une personne atteinte d'une maladie neuromusculaire?
(cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Je suis un parent, un beau-parent ou un tuteur
- Je suis un frère ou une sœur
- Je suis un(e) conjoint(e)/partenaire
- Mon parent a une maladie neuromusculaire
- Autre : _____

SOUMETTRE LE FORMULAIRE REMPLI À :

Dystrophie musculaire Canada
40 Avenue Eglinton Est Bureau 500
Toronto ON M4P 3A2 Canada
Courriel : inscription@muscle.ca
Fax : 1 866 726-8732