

Cercle des mycologues de Montréal

Formulaire d'adhésion 2012

La carte de membre est valide du 1 janvier au 31 décembre

Cotisation simple (30\$) Cotisation double (40\$)

Nom 1er personne.....:

Prénom 1er personne.:

Nom 2e personne.....:

Prénom 2e personne.:

Adresse.....: App.....:

Ville.....: Code postal.:

Tél.....: .. Tél. (travail). ...:

Courriel.....:

Je suis disponible pour transporter d'autres membres dans mon véhicule lors de certaines activités du Cercle; j'accepte que mon nom figure dans la liste de co-voiturage: Oui Non

À LIRE AVANT de SIGNER

En signant le présent document, je libère le Cercle des mycologues de Montréal inc. ses administrateurs, ses officiers et ses membres de toute responsabilité civile et perte provenant de tout accident, blessure et maladie pouvant résulter de toute activité ou directive du CMM.

Je reconnais que la consommation de champignons peut comporter des risques pour ma santé et celle de ma famille et j'en assume l'entière responsabilité.

Également, en devenant membre en règle du Cercle des mycologues de Montréal, j'autorise que je sois photographié et/ou filmé dans le cadre des activités du Cercle et que ces images puissent être exploitées sous quelque forme que ce soit.

Plus particulièrement, mais sans limiter la généralité de ce qui précède, j'autorise le Cercle des mycologues de Montréal, ainsi que leurs représentants ou toute personne agissant avec leur permission à diffuser cette (ces) photo(s) sur tout support (ex. publicité, outil de communication, site Web, bulletin interne, etc.), et je les dégage de toute responsabilité à cet égard, étant également conscient(e) qu'ils ne sont pas responsables d'une utilisation non conforme de cette (ces) photo(s) par des tiers.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à accepter ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette renonciation. Si j'ai moins de 18 ans, je déclare avoir le consentement de mes parents ou d'un tuteur légal pour accepter ce formulaire et je fournirai, sur demande, des preuves légales de mon âge et du consentement desdits parents ou tuteurs ayant l'autorité de signer cette renonciation en mon nom.

Je peux retirer mon autorisation, par écrit, à tout moment.

Date: _____ Signature: _____

Retournez ce formulaire avec votre paiement à l'ordre du Cercle des mycologues de Montréal à l'adresse suivante:

Cercle des Mycologues de Montréal
Jardin Botanique de Montréal
4101, rue Sherbrooke est,
Montréal QC H1X 2B2