

## FORMULAIRE D'ABONNEMENT LE COOPÉRATEUR

Oui! Je désire m'abonner au *Coopérateur*

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

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

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

Êtes-vous relié au domaine agricole? Oui  Non

### ABONNEMENT

(Les taxes sont incluses dans le coût des abonnements)

1 an : 35,00 \$  2 ans : 50,00 \$  3 ans : 70,00 \$

À l'étranger : 1 an : 90,00 \$

TPS R101143279 TVQ 1000044306TP9145MA

Veuillez émettre votre chèque au nom de **La Coop fédérée**

**Joindre ce formulaire avec votre paiement. Ce formulaire fait office de facture.**

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

Votre vie

Vos affaires