

# COOPÉRATEUR

## FORMULAIRE D'ABONNEMENT AU 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

Veillez émettre votre chèque au nom de **Sollio Groupe Coopératif**.

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

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

Date :    /    /