



Corporation de développement communautaire

RENOUVELLEMENT 2018-2019

Cochez la catégorie qui s'applique à votre organisme :

- Membre communautaire
 Membre solidaire

Identification

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ **Télécopieur :** _____

Courriel : _____ **Site Internet :** _____

Nom et titre de la personne déléguée : _____

Cotisation 2018-2019

Cochez la catégorie qui s'applique à votre organisme :

N.B. ▶ Le montant de la cotisation 2018-2019 est établi selon vos revenus au dernier exercice financier complété.

N.B. ▶ Chaque organisme détermine le montant de ses revenus pour fin de calcul de sa cotisation.

De 0 à 25 000\$ de revenu **Contribution volontaire** ¹

¹ Un montant de 25\$ est suggéré mais demeure à la discrétion de l'organisme

De 25 001\$ à 50 000\$ de revenu **25\$**

De 50 001\$ à 100 000\$ de revenu **50\$**

De 100 001\$ et plus de revenu **75\$**

Date : _____

Retournez ce formulaire accompagné d'un chèque fait à l'ordre de la CDC de Sherbrooke

CDC de Sherbrooke
1255, rue Daniel, local 107
Sherbrooke (Québec) J1H 5X3
Téléphone : 819 821-5807
Télécopieur : 819 822-6016
Courriel : admin@cdcsherbrooke.ca
Site internet : www.cdcsherbrooke.ca