

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 : 38,00 \$ 2 ans : 55,00 \$ 3 ans : 75,00 \$

À l'étranger (1 an) : 95,00 \$

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 : / /