BIBLIOTHÈQUE DE MONTMAGNY

Formulaire d'abonnement pour les non-résidents de Montmagny

Remplissez ce formulaire d'abonnement pour obtenir votre carte d'abonné à la Bibliothèque de Montmagny.

Retournez-le par la poste au 138, rue St-Jean-Baptiste Est, Montmagny (Québec) G5V 1K6, accompagné de votre chèque émis à l'ordre de la Bibliothèque municipale de Montmagny ou remettez-le en personne en vous présentant au comptoir d'accueil sur les heures d'ouverture de la bibliothèque. Notez que les paiements en argent doivent être effectués en personne.

Les personnes résidant à une même adresse peuvent bénéficier de l'abonnement annuel au coût de 80 \$ par foyer.

(
ADRESSE (NO / RUE)	APPARTEMENT
VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	
ABONNE	EMENT ANNUEL: 80 \$ par foyer (Tous les membres doivent remplir un formulaire d'abonnement)
ABONNE	EMENT SAISONNIER: 40 \$ (Valide 6 mois)
ÉTUDIAI	NNT : GRATUIT (Preuve de fréquentation d'un établissement scolaire magnymontois obligatoire)
Signature du bé	énévole Date
Mlle Mme M. NOM	
PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (JOUR / MOIS / ANNÉE)*
PAR TEXTO (NO. CEL	* Requis seulement pour les citoyens de moins de
Recevez un avis de courtoisie 3 jours avant l'échéance du prêt	18 ans, pour déterminer si enfant ou adolescent.
PAR COURRIEL	
774.00014.422	
Mlle Mme M. NOM	
PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (JOUR / MOIS / ANNÉE)*
PAR TEXTO (NO. CEL	* Requis seulement pour les citoyens de moins de
Recevez un avis de courtoisie 3 jours avant l'échéance du prêt	18 ans, pour déterminer si enfant ou adolescent.
PAR COURRIEL	
TARGOUNTEE	
Mlle Mme M. NOM	
PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (JOUR / MOIS / ANNÉE)*
PAR TEXTO (NO. CEL	* Requis seulement pour les citoyens de moins de
Recevez un avis de courtoisie	18 ans, pour déterminer si enfant ou adolescent.
3 jours avant l'échéance du prêt	
PAR COURRIEL	

Utilisez cette page pour inscrire les autres membres de la famille résidant à l'adresse inscrite en page 1.

1 0 1											-											1	<u> </u>		
Mlle Mme M.	NOM	l																							
IVIIIC IVIIIC IVI.			T																						
PRÉNOM																ΠΔΤ	E DE	- ΝΔ	ISSΔ	NCF	(10	IR/N	MOIS	/ ANIN	JÉF)*
TRENOW			\top									П						/		102	(00)			7744	
																		/			/				
			PAR	TFX	(TO (NO	CFI	HUI	AIRF)						* Re	quis	seule	ment	pour	les o	citoye	ns de	moii	ns de
Recevez un avis de co	urtoisi	е	1741							,						18	ans,	pour	déter	mine	r si e	nfant	t ou a	doles	cent.
3 jours avant l'échéanc	e du pr	rêt																							
			PAR	COL	URRI	EL																			
(NOM																								
Mlle Mme M.	NOM	I																			_	_	1		
PRÉNOM															'	DAT		- 114	1004	NOF			4010	/ A B I B	
PRENOW												_		_		DAI		INA	ISSA	NCE	(101	JK / I\	MOIS	/ AININ	NEE)"
																		/			/				
			DAD	TEY	(TO (NIO	CEI	1111	AIDE	١ .						* Re	quis	seule	ment	pour	les o	citoye	ns de	moi	ns de
Recevez un avis de co	ur <u>toisi</u>	e _	IVI	LLA		IVO.	OLL	LUL	/ NII NE)						18	ans,	pour	déter	mine	r si e	nfant	t ou a	doles	scent.
3 jours avant l'échéanc	e du pr	rêt																							
			PAR	COL	URRI	FI																			
			1									Т										Т			
	NOM																								
Mlle Mme M.	NOM	l										_				_									
PDÉNOM																DAT			1004	NOF					. <u>.</u>
PRÉNOM															_	DAI	E DE	= NA	ISSA	NCE	(JOI	JR / N	MOIS	/ ANN	NEE)*
																		/			/				
			DAD	TEV	(TO (NO	CEI	1111	 ΛID⊑	١ -						* Re	quis	seule	ment	pour	les	citoye	ns de	moii	ns de
Recevez un avis de co	urtoisi	e	FAIN			NO.	OLL	LUL	AINL	.)						18	ans,	pour	déter	mine	r si e	enfant	t ou a	doles	cent.
3 jours avant l'échéanc	e du pr	rêt																							
			PAR	COL	URRI	FI																			
			1																						
	11014																								
Mlle Mme M.	NOM	l																		-	_	_	_		
PRÉNOM															_	DAI	E DE	= NA	ISSA	NCE	(JOI	JR/N	MOIS	/ ANN	NEE)*
																		/			/				
			DAD	TEV	/TO (NO	CEI	1111	AIDE	`\		_	-			* Re	quis	seule	ment	pour	les	citoye	ns de	moii	ns de
Recevez un avis de co	urtoisi	e	FAR		(TO (NO.	CEL	LUL	AIRE	.)													t ou a		
3 jours avant l'échéanc	e du pr	rêt																							
·			PAR	COL	URRI	FI																			
			1700									Т		Т											
																					<u> </u>				
Mlle Mme M.	NOM	<u> </u>														_									
PRÉNOM											,					DAT	E DE	- NA	ISSA	NCE	(JOI	JR/N	MOIS	/ANN	VEE)*
																		/			/				
									<u></u>			_				* Re	allie	Seule	ment	pour	les i	citove	ns de	moii	ns de
Recevez un avis de co	urtoioi	Α.	PAR	IEX	(TO (NÖ.	CEL	LUL	AIRE	.)													t ou a		
3 jours avant l'échéanc	e du pr	rêt															,								
	a a bi	•																							
				00'	IDC:	_,																			
			PAR	COL	URRI	EL											I						T	I	