

Formulaire de désabonnement ou de réabonnement

Si vous nous fournissez vos coordonnées, nous pourrions vous communiquer des renseignements importants concernant le programme ou le service du YMCA auquel vous participez. Nous pourrions également, de temps à autre, vous présenter d'autres programmes et services du YMCA qui pourraient vous intéresser.

Si vous (et votre famille) ne souhaitez pas recevoir d'information sur d'autres programmes ou services du YMCA, veuillez cocher la case **se désabonner** ci-dessous :

Se désabonner

Je préfère ne pas recevoir de courriels sur les autres programmes et services du YMCA. Je comprends qu'en cochant la case « se désabonner », je ne recevrai aucune information sur les autres programmes, services et possibilités du YMCA qui pourraient m'intéresser et m'être utiles (ainsi qu'à ma famille).

Vous recevrez une confirmation de votre choix de vous désabonner. Veuillez prévoir 15 jours ouvrables avant que la modification prenne effet.

Si vous (et votre famille) souhaitez annuler une demande de désabonnement précédente, veuillez cocher la case **se réabonner** ci-dessous :

Se réabonner

J'ai précédemment demandé de ne plus recevoir de renseignements sur les autres programmes et services du YMCA. Je souhaite maintenant (ainsi que ma famille) recevoir de l'information sur les autres programmes, services et possibilités du YMCA qui pourraient m'intéresser et m'être utiles (ainsi qu'à ma famille).

Vous recevrez une confirmation de votre choix de vous réabonner. Veuillez prévoir 15 jours ouvrables avant que la modification prenne effet.

Afin de nous assurer du respect de vos préférences, veuillez indiquer les renseignements demandés ci-dessous :

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE	
ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE #1	TÉLÉPHONE #2	COURRIEL	
SIGNATURE		DATE	

Veuillez envoyer ce formulaire par courrier ou par télécopieur à l'adresse ou au numéro ci-dessous :

YMCA de la région de la capitale nationale
Services aux membres
180, ave Argyle, Ottawa, ON K2P 1B7

Télé : 613-788-5022

USAGE INTERNE:

DATE DE RECEPTION	DATE DE TRAITEMENT
CONFIRMATION ENVOYEE	NOM DU MEMBRE DU PERSONNEL