RÉFÉREZ-NOUS UN AMI, UN PARENT, UN VOISIN, UN COLLÈGUE

Je réfère :

Son numéro de téléphone :

Son courriel :

Mon nom est :

Mon numéro de téléphone :

Mon courriel :

Je confirme que cette personne a un intérêt à devenir membre de la Coopérative.

Veuillez imprimer ce formulaire, le remplir et le poster à :

Coopérative funéraire du Grand Montréal
635, boul. Curé-Poirier Ouest
Longueuil (Québec) J4J 2H8