
MINISTÈRE DE LA COMPASSION FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom du candidat: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postale: _____

Tél: _____ Téléphone cellulaire: _____

Courriel: _____

Nom du bénéficiaire principal: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postale: _____

Tél: _____ Téléphone cellulaire: _____

Courriel: _____

Nom du bénéficiaire secondaire: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postale: _____

Tél: _____ Téléphone cellulaire: _____

Courriel: _____

Je comprends qu'il ne s'agit PAS d'une assurance-vie ou d'une pension, mais d'un moyen biblique d'aider un être cher en lui offrant un cadeau de condoléances en cas de besoin.

Je comprends que des frais d'inscription uniques de 20 \$ doivent accompagner ce formulaire.

Je comprends que le ministère de la compassion a pour fonction de collecter des dons d'argent auprès des membres participants afin de les remettre aux bénéficiaires désignés par le membre participant décédé.

Je comprends qu'une contribution de 20 \$ doit être versée au fonds du ministère de la Compassion lorsque j'ai été avisé du décès d'un autre membre participant.

Je comprends que si je ne verse pas ma contribution, je serai exclu(e) de la liste des membres et du Fonds du ministère de la Compassion.

Je vous prie de m'informer du décès d'un membre adhérent afin que je puisse contribuer à l'expression de la compassion et de l'amour d'une manière authentiquement chrétienne.

Signature du candidat

(Si possible, envoyez 60 \$ à l'avance par an afin que nous ayons l'argent à l'avance et que nous n'ayons pas à nous inquiéter si vous partez en vacances ou en voyage missionnaire, etc.)

révisé en septembre 2023