

CLIENT REGISTRATION FORM FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date: _____ / _____ / _____
day/jour month/mois year/année

MISSION STATEMENT

Our Society's mission is to develop the best quality of life available to each and every person living with ALS in N.B. by exceeding their expectations and contributing directly to their hope for a cure. We will achieve this by providing timely, accurate and professional service with every contact and by making annual donations to support research.

MISSION

Notre mission est de développer la meilleure qualité de vie possible pour les gens atteints de SLA au Nouveau-Brunswick en dépassant leurs attentes et en contribuant directement à l'espoir d'une guérison. Nous allons réussir en offrant des services professionnels et précis dans les plus brefs délais à chaque contacte ainsi que de contribuer à la recherche d'une cure.

Name/prénom _____ init. _____ Last name/nom de famille _____

Street/rue _____ City/ville _____ Prov. _____ postal code/code postal _____

E-mail/Courriel _____

Tel: _____ Fax: télécopieur: _____

Date of Birth/Date de naissance: _____ / _____ / _____ Date of diagnosis / date du diagnostique: _____ / _____ / _____
day/jour month/mois yr/année day/jour month/mois yr/année

Name and relationship of next of Kin/Plus proche parent et le lien de parenté _____
Relationship / Lien de parenté _____

Name/prénom _____ init. _____ Last name/nom de famille _____

Street/rue _____ City/ville _____ Prov. _____ Postal code/code postal _____

Tel: _____

Family Physician/Médecin de famille: _____

Neurologist/Neurologue: _____

Physiatrist/Physiâtre: _____

Do you have any personal health care insurance? _____

Avez-vous des prestations d'assurance personnelle? _____

Have you been referred to : The Stan Cassidy Center for Rehabilitation

Avez-vous été référé à : Centre de réadaptation Stan Cassidy

Extra Mural Program of NB / Programme Extra mural du NB

ALS clinic – where ?/ Clinique SLA – où? _____

Other/autres _____

By submitting this client registration form you will gain an honorary lifetime membership to the ALS Society of NB. Benefits include receiving information pertaining to ALS Society of NB and ALS of Canada and their advancements in regards to research, in addition to accessing equipment and support services through ALS Society of NB.

En nous remettant ce formulaire d'inscription vous devenez membre honorable pour la vie de la Société SLA du N.-B. et vous recevrez de l'information pertinente à la Société de la SLA du NB et le Société SLA du Canada au sujet du progrès de la recherche médicale. En plus, vous aurez accès à l'équipement disponible et le service support offert par la Société de la SLA du NB.

** Confidential **

The ALS Society of NB respects your rights to privacy. We are collecting the requested personal information for very specific and limited purposes. Let us emphasize that this information will not be shared with anyone or disclosed to any person, organization or company for any reason.

We will keep this information on hand indefinitely. If you would like to withdraw your consent to our use and retention of your information, or if you have any questions regarding your personal information, please contact us at 1-866-722-7700.

** Confidientiel **

La Société SLA du NB respecte vos droits. Nous recueillons l'information personnelle pour des raisons spécifiques mais limitées. Nous voulons vous confirmer que votre information ne sera pas partagée ou divulguée à personne, ni organisation ou entreprise.

Nous gardons cette information indéfiniment. Si vous désirez retirer votre information, votre consentement ou si vous avez des questions concernant votre information personnelle, veuillez nous contacter au 1-866-722-7700.

Please return to:
Veuillez retourner à:

ALS Society of NB
Société de la SLA du NB
P.O. Box/C.P. 295
Moncton, NB E1C 8K9

Toll Free/Sans Frais
1-866-722-7700
Fax/Télé: (506) 388-7466
www.als.ca