



CANADIAN ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE  
870 Portage Avenue Winnipeg, Manitoba R3G 0P1  
www.suicideprevention.ca

**INVOICE FOR 2012 MEMBERSHIP OR RENEWAL**  
**FACTURE POUR RENOUVELLEMENT D'ADHESION 2012**

Please indicate the category. *Veillez indiquer la catégorie:*

|  |           |                          |
|--|-----------|--------------------------|
| Student/ <i>Étudiant</i> (please attach photocopy of appropriate ID) | \$ 30.00  | <input type="checkbox"/> |
| Individual/ <i>Individuel</i>  | \$ 50.00  | <input type="checkbox"/> |
| Agency/ <i>Organisme</i>   | \$ 150.00 | <input type="checkbox"/> |

Payable by: Cheque # \_\_\_\_\_  
Mastercard # \_\_\_\_\_ Expires \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
Visa # \_\_\_\_\_ Expires \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

- Payee will be Klinic *Le bénéficiaire sera Klinic*

Name of contact person/*Nom*: \_\_\_\_\_

AGENCY/ORGANISME: \_\_\_\_\_

ADDRESS/ADRESSE: \_\_\_\_\_

CITY/VILLE: \_\_\_\_\_

PROVINCE, Postal Code/*Code postal*: \_\_\_\_\_

Business/*Bureau* ( ) \_\_\_\_\_

Fax/*Télécopieur* ( ) \_\_\_\_\_

E-Mail/*Adresse électronique* \_\_\_\_\_

Residence/*Domicile* ( ) \_\_\_\_\_

For Agency Membership please indicate

Number of staff \_\_\_\_\_ and volunteer's \_\_\_\_\_ Crisis Centre

*Pour une adhésion d'organisme, veuillez s'il vous plait indiquer,*  
*la quantité d'employés \_\_\_\_\_ et de bénévoles \_\_\_\_\_ centre de crise*

Phone: 204-784-4073  
Email: [casp@casp-acps.ca](mailto:casp@casp-acps.ca)

Fax 204-772-7998  
Web: [www.suicideprevention.ca](http://www.suicideprevention.ca)