



Veuillez remplir les champs ci-dessous et imprimer le document. Assurez-vous d'avoir rempli tous les champs obligatoires (précédés d'un )

**COORDONNÉES DU DONATEUR** (COCHEZ LES CASES QUI S'APPLIQUENT)

 **Est-ce la première fois que vous donnez à la Fondation?**

**Oui**  **Non**


  M.  Mme

 Langue de correspondance:  Français  Anglais

 Nom: \_\_\_\_\_

 Prénom: \_\_\_\_\_

 Adresse: \_\_\_\_\_ app.: \_\_\_\_\_

 Ville: \_\_\_\_\_  Province: \_\_\_\_\_

 Code postal: \_\_\_\_\_  Pays: \_\_\_\_\_

No. de téléphone: (     ) \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

 **Vous désirez faire un don:**  **Unique**  **Mensuel** Le don mensuel vous aide à planifier votre budget philanthropique.

**MODALITÉS DE PAIEMENT** (COCHEZ LES CASES QUI S'APPLIQUENT)

 Indiquez si vous désirez diriger votre don vers un secteur de soins précis : \_\_\_\_\_

 Indiquez sous quel nom vous souhaitez que votre don soit reconnu : \_\_\_\_\_

 Indiquez si vous désirez que votre don reste anonyme :  **Oui**  **Non**

**DON UNIQUE:**

 **Montant du don:**  **25\$**  **50\$**  **75\$**  **100\$**  **autre:** \_\_\_\_\_ \$

**Comptant**  **Chèque**  **Carte de crédit**  **Visa**  **Mastercard**

 N° de carte de crédit: \_\_\_\_\_  Date d'expiration: \_\_\_\_\_  Signature: \_\_\_\_\_

**DON MENSUEL:**

 **J'autorise la FHCLM à prélever chaque mois un montant de:**  **10\$**  **15\$**  **20\$**  **ou** \_\_\_\_\_ \$ (minimum 5\$)

  **1<sup>er</sup> de chaque mois**  **15 de chaque mois**  **À partir du:** \_\_\_\_\_ (mois/année)

 **Prélèvements bancaires**

Je joins un spécimen de chèque portant la mention « annulé » et j'autorise la FHCLM à prélever de mon compte la somme indiquée ci-dessus.

**Carte de crédit**  **Visa**  **Mastercard**

 N° de carte de crédit: \_\_\_\_\_  Date d'expiration: \_\_\_\_\_

 Signature: \_\_\_\_\_

**Par la poste:** Fondation Hôpital Charles-LeMoine  
3120, boul. Taschereau  
Greenfield Park, QC  
J4V 2H1

**Par télécopieur:** (450) 672-1716

 Je désire un reçu pour fins fiscales:  **Oui**  **Non**

