



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^{er} 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 _____

Pour tous les dons de 20 \$ ou plus, un reçu fiscal sera émis.

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

Par télécopieur: (450) 672-1716

