

FAIRE UN DON

Date : _____

VEUILLEZ INDIQUER VOS COORDONNÉES :

NOM DU DONATEUR :			
ADRESSE :			
VILLE :			
CODE POSTAL :		TÉL. :	
COURRIEL :	@		
DATE DE NAISSANCE :	/ /		

Montant du don : 100 \$ 75 \$ 50 \$ 25 \$ 20 \$ Autres : _____

MASTER CARD
 VISA
 COMPTANT
 CHÈQUE FAIT À L'ORDRE DE : FONDATION
 POUR LA SANTÉ DU NORD DE LANAUDIÈRE
 OU FONDATION SNL

NUMÉROS : _____

EXPIRATION : _____ / _____

SIGNATURE : _____

VOUS RECEVREZ AUTOMATIQUEMENT UN REÇU POUR FINS D'IMPÔT POUR TOUT DON DE 20 \$ ET PLUS.

DON MENSUEL

Montant du don mensuel : 50 \$ 25 \$ 20 \$ 15 \$ 10 \$ Autres : _____

Je désire appuyer la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière par des dons mensuels.

Le débit sera passé à mon compte le **15^e jour de chaque mois** ou le jour ouvrable suivant.

Signature : _____

Je peux interrompre mon don mensuel en tout temps en avisant la fondation J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA et mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

No enr. 101835163 RR0001