

# 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<sup>e</sup> 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](http://www.cdnpay.ca).

**No enr. 101835163 RR0001**