



OUI, je désire appuyer la Fondation Santé Gatineau

IDENTIFICATION

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (travail) : _____

PROMESSE DE DON

Mon engagement total est de : _____ \$

Option 1 :

Don unique de : _____ \$

Option 2 :

Verser la somme de : _____ \$/mois pendant : 1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans

Option 3 :

Verser la somme de : _____ \$/année pendant : 1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans

Désirez-vous un reçu fiscal? OUI NON (cas à cocher)

Désirez-vous que votre don demeure anonyme? OUI NON (cas à cocher)

MODALITÉS DE PAIEMENT

Option 1 :

Don unique de : _____ \$ chèque ci-joint carte de crédit



(Libellez votre chèque au nom de la : Fondation Santé Gatineau)

Option 2 :

Prélèvements automatiques sur votre compte bancaire (joindre un spécimen de chèque)

Don mensuel à compter de : ____ / ____ (jour/mois) pendant ____ (année) min. de 5 \$/mois obligatoire

Option 3 :

Cartes de crédit:   _____

No de la carte

expiration

Don mensuel à compter de : _____ / _____ (jour/mois) pendant ____ (année) _____

Signature

Date