

FORMULAIRE DE DON GÉNÉRAL

Donateur M. Mme Mlle _____ Date : _____

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Courriel _____

Veillez appliquer mon don comme suit:

- L'Hôpital Mémemorial de Wakefield
- Le Centre d'hébergement La Pêche
- Le CLSC
- Les besoins prioritaires

OPTION 1 - Don unique

50 \$ 75 \$ 100 \$ 200 \$ Je préfère donner _____ \$

OPTION 2 - Je veux m'inscrire au programme de dons mensuels

Ma contribution **mensuelle**:

10 \$ 15 \$ 20 \$ 30 \$ Autre _____ \$ (minimum 5 \$/mois)

J'autorise un prélèvement sur ma carte Visa/MC entre les 10 et 15 de chaque mois
Date de début des paiements: _____ / _____ (mois/année)

Mon don est accompagné d'une série de chèques mensuels post-datés

Mode de paiement

Mon chèque ou mandat postal est inclus tel que précisé ci-dessus pour un don unique ou mensuel.
Veillez libeller votre chèque à l'ordre de la **Fondation de santé des Collines**

Je préfère faire un don avec ma carte Visa tel que précisé ci-dessus pour un don unique ou mensuel.
Visa / MC no. _____ Date d'expiration _____ / _____

Détenteur de la carte _____ Signature _____

Je désire recevoir un reçu pour fin d'impôt (pour un don de 20 \$ et plus). Les donateurs qui adhèrent au programme mensuel recevront un reçu d'impôt pour le montant total une fois par année en décembre.

Veillez envoyer ce formulaire et votre don à la Fondation de santé des Collines

Poste : C.P. 118, Wakefield, QC J0X 3G0

Tél.: 819-459-1112 poste 2700

Courriel : info@fsdc-dchf.ca

Télécopieur : 819-459-1148