

## 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 Mémorial 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**