Fondation de la santé du Témiscouata

FORMULAIRE DE DON MENSUEL

Votre don permet de maintenir et d'améliorer la qualité des soins offerts à la clientèle des établissements de santé et de services sociaux de Témiscouata. Merci !

Je désire faire un don mensuel

Nom : _____Prénom _____

Adresse complète : _____

_____ Code postal _____

No. de téléphone _____Courriel : _____

J'autorise la Fondation de la santé du Témiscouata à effectuer le prélèvement à la date choisie

Signature obligatoire _____

❑ le 1er de chaque mois **ou** ❑ le 15 de chaque mois

Montant du prélèvement : ❑10 $ ❑ 15 $ ❑ 20 $ ❑ 25 $ ❑ Autre montant _____$

Modalité de paiement ▼

❑ Directement de mon compte bancaire (je joins un spécimen de chèque)
❑ J'autorise le prélèvement de ce montant sur ma carte de crédit

❒ Carte de crédit Visa ❒ Carte de crédit Master Card

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date d'expiration : |_|_| |_|_|

Numéro de la carte de crédit Mois Année

_____ _____

Titulaire de la carte Signature (par la poste ou pas télécopieur)

Désirez-vous un reçu pour fin d'impôts ❑ OUI ❑ NON

Nous vous ferons parvenir votre reçu à la fin de l'année financière seulement (décembre).

Veuillez nous faire parvenir votre don, accompagné de ce formulaire dûment rempli et de votre spécimen de chèque s'il y a lieu, à l'adresse suivante :

Fondation de la santé du Témiscouata : 58, rue de l'Église, Témiscouata-sur-le-Lac, (Québec) G0L 1X0, par télécopieur, expédiez au 418-899-2809

Pour des informations supplémentaires, téléphonez au 418-899-0214, poste 1029

No. d'enregistrement : 89914 6542 RT0001