

INFORMATION SUR LE DONATEUR

Prénom	Nom de famille
Adresse	Ville
Province	Code postal
Téléphone	Courriel

TYPE DE DON

J'aimerais faire un **DON MENSUEL** (paiements préautorisés par carte de crédit ou par prélèvements automatiques sur votre compte bancaire) de :

20\$ 15\$ 10\$ Autre _____\$

Payable le 1^{er} jour de chaque mois. Si le 1^{er} tombe un samedi, un dimanche ou un jour férié, le montant de votre don sera prélevé le premier jour ouvrable suivant. Un reçu officiel vous sera acheminé au début de l'année calendrier suivante. Vous pouvez interrompre ou modifier vos dons mensuels à tout moment. Veuillez nous prévenir par téléphone au 514-630-2081 au moins sept (7) jours ouvrables avant la date prévue de votre prochain don pour que nous nous assurions qu'aucun don supplémentaire ne soit traité.

J'aimerais faire un **DON SIMPLE** de :

1 000\$ 500\$ 250\$ 100\$ 50\$ Autre _____\$

J'aimerais recevoir un reçu officiel. Les reçus pour les montants de 25\$ et plus sont automatiquement envoyés.

ATTRIBUTION DU DON

- Département où les besoins sont les plus grands
 Département ou fonds spécifiques _____

MODE DE PAIEMENT

CHÈQUE (payable à la Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore)

COMPTE BANCAIRE [dons mensuels uniquement]

J'inclus un chèque avec la mention *SPÉCIMEN* ou

Je fournis mon information bancaire :

Institution financière : _____

No de compte : _____

No de transit : _____

CARTE DE CRÉDIT

VISA MASTERCARD AMEX

Carte de crédit : _____

Date d'expiration : _____

SIGNATURE : _____

Veuillez poster à : Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore
160, ave Stillview, bureau 1297
Pointe-Claire, QC H9R 2Y2

Je souhaite conserver l'anonymat
Numéro d'enregistrement # 13202 1668 R0001

MERCI DE VOTRE SOUTIEN!