

Nom : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Je désire étaler ma contribution tout au long de l'année en faisant un don mensuel.**

J'autorise la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup à prélever de mon compte bancaire ou de ma carte de crédit, chaque mois, le montant ci-dessous. Je pourrai modifier le montant de cette contribution ou mettre fin à la présente entente en tout temps en communiquant avec la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup.

Don mensuel de : \_\_\_\_\_ \$ Reçu pour déclarations fiscales? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Je veux que ce montant soit prélevé le \_\_\_\_ jour de chaque mois.

À compter du \_\_\_\_\_ pour une période de \_\_\_\_\_ année (s) :  
(JJ/MM/AA)

- De mon compte-chèques (joindre un spécimen avec la mention NUL)
- De ma carte de crédit \_\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_\_ Master Card

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

Titulaire : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---

Retourner ce formulaire dûment complété à :  
Fondation de la santé de Rivière-du-Loup  
75, rue St-Henri  
Rivière-du-Loup (QC) G5R 2A4  
Télécopieur : 418-868-1838