



## FORMULAIRE DE DON

### Don mensuel (minimum de 25 \$)

MOIS/ANNÉE

Fréquence : 30<sup>e</sup> jour de chaque mois, à compter de : \_\_\_\_\_

Montant :  35 \$  50 \$  100 \$  Autre \_\_\_\_\_

### Don unique

Montant:  35 \$  50 \$  100 \$  250 \$  Autre \_\_\_\_\_

### Renseignements sur la contribution (don unique seulement)

Nom de la personne honorée : \_\_\_\_\_

Type de contribution : \_\_\_\_\_

Envoyer un accusé de réception de ma part à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Province : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

## DÉSIGNATION DU DON

Votre don sera utilisé pour une des fins suivantes :

- Don général  Soins des pieds  Programme PATHways  Autre

## DONNÉES DE FACTURATION

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise, le cas échéant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Province : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Page suivante ►

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT

- Veuillez trouver ci-joint un chèque à l'ordre du Centre Youville
- Veuillez trouver ci-joint des chèques mensuels à l'ordre du Centre Youville
- Veuillez prélever sur ma carte de crédit

Type de carte de crédit :  Visa  MasterCard

Nom du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Code de sécurité à 3 chiffres : \_\_\_\_\_



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

---

## VEUILLEZ ENVOYER À :

Centre Youville  
33, rue Marion  
Winnipeg (Manitoba)  
R2H 0S8

*Travailler ensemble pour améliorer la santé.  
Merci de votre soutien.*

- Veuillez m'envoyer de l'information sur la façon d'inclure le Centre Youville dans mon testament. Un reçu d'impôt sera émis pour tout don de 10 \$ ou plus.

N° d'enregistrement de l'organisme de bienfaisance :  
BN10694 4978 RR0001