



FORMULAIRE DE DON

Don mensuel (minimum de 25 \$)

MOIS/ANNÉE

Fréquence : 30^e 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