

# Formulaire de dons mensuels

Faites parvenir ce formulaire dûment rempli, accompagné de votre spécimen de chèque, le cas échéant, à l'adresse suivante :

Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne  
305, boul. des Anciens-Combattants  
Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec)  
H9X 1Y9

***Oui, je veux contribuer au bien-être de nos vétérans et militaires canadiens et répartir mon don sur toute l'année!***

## MES COORDONNÉES :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone rés. : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Téléphone cell. : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

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

**VOICI MA CONTRIBUTION MENSUELLE DE :**  50 \$  35 \$  25 \$  Autre \_\_\_\_\_ \$

J'autorise la Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne à prélever ce montant le

1er ou le  15e jour **de chaque mois**

DE MON COMPTE BANCAIRE (joindre un spécimen de chèque)

DE MA CARTE DE CRÉDIT  Visa  MasterCard  American Express

Numéro de carte :

Date d'expiration :

Signature du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

- Un reçu pour fins d'impôts pour l'ensemble de mes contributions me sera émis à la fin de l'année.
- Je pourrai modifier le montant de cette contribution ou mettre fin à cette entente en tout temps sur signification d'un préavis de 15 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de débit préautorisé, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. En effet, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit préautorisé qui n'aura pas été autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de débit préautorisé. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).