



**OUI**, je désire appuyer la Fondation Santé Gatineau

## IDENTIFICATION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

## OPTIONS DE DON

Option 1 : Don unique

Montant : \_\_\_\_\_ \$

Option 2 : Don mensuel

Verser la somme de : \_\_\_\_\_ \$/mois  Le 1<sup>er</sup> de chaque mois  Le 15 de chaque mois

Débutant le : \_\_\_\_\_

Désirez-vous un reçu fiscal ? OUI  NON  (case à cocher)

Je désire recevoir mon reçu par courriel à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

Désirez-vous que votre don demeure anonyme? OUI  NON  (case à cocher)

## MODALITÉS DE PAIEMENT

Option 1 : Chèque

Svp libellez votre chèque au nom de la Fondation Santé Gatineau.

Option 2 : Prélèvement bancaire

J'autorise la Fondation Santé Gatineau à prélever de mon compte la somme indiquée ci-dessus et je joins un spécimen de chèque portant la mention « annulé ».

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

Option 3 : Carte de crédit

   \_\_\_\_\_  
No de la carte expiration cvc

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

En remplissant ce formulaire, vous consentez à la collecte de vos renseignements personnels. Pour en savoir plus, visitez <https://www.fondationsantegatineau.ca/politique-de-confidentialite/>

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Contact : [info@fondationsantegatineau.ca](mailto:info@fondationsantegatineau.ca) / 819 966-6108

Numéro d'enregistrement de l'organisme : 10758 8477 RR0001