

Appel à la générosité

SWEB

Nom : _____

Adresse : _____

Ville/Prov./Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

J'ai une nouvelle adresse

Merci de votre appui envers le Children.

J'aimerais faire un don de :

35 \$ 50 \$ 75 \$ 100 \$ Autre : _____ \$

OU

J'autorise la FHME à prélever mensuellement un don de :

10 \$ 15 \$ 20 \$ Autre : _____ \$

Veillez utiliser mon don pour...

- Les besoins les plus urgents de l'Hôpital
- Autre : _____

Mode de paiement

Chèque(s) Veuillez libeller vos chèques à l'ordre de
La Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Mastercard VISA AMEX

Numéro de carte

Date d'expiration

Signature

OU

J'aimerais faire un don mensuel par prélèvement bancaire. (Veuillez joindre un chèque portant la mention « annulé » pour autoriser les prélèvements automatiques.)

Modalités du programme de dons mensuels. J'accepte les modalités suivantes :

- Nous certifions que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser des prélèvements sur ce compte ont signé ci-dessous. • Nous pouvons annuler cette autorisation à notre gré par un avis écrit à l'attention de la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants.
- Nous comprenons les modalités d'adhésion au programme de dons mensuels de la Fondation de Montréal pour enfants.

Signature

OU

Don d'actions publiques (Un employé de la Fondation communiquera avec vous)

J'aimerais en savoir plus sur...

- Dons mensuels Dons planifiés
- Dons en hommage/commémoratifs Dons d'actions publiques
- Je souhaite conserver l'anonymat
- I would prefer to receive correspondence in English

Pour
des soins
à leur
mesure



Shilvi

No. d'organisme de bienfaisance : 11892-1543-RR0001

SWEB



fondation du children.com