Appel à la générosité

SWEB

Nom: _____

Adresse: _____

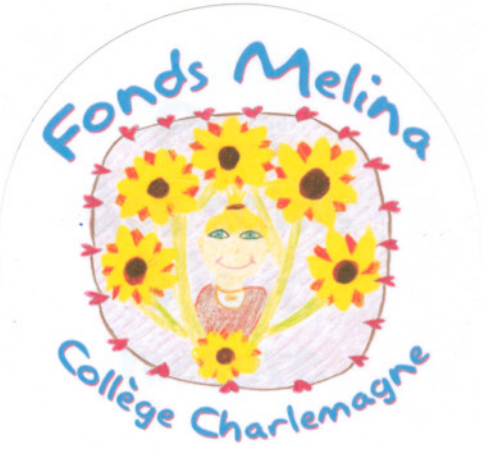
Ville/Prov./Code postal: _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

O **J'ai une nouvelle adresse**

Merci de votre appui envers le Children.



J'aimerais faire un don de:

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

OU

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

O 10 $ O 15 $ O 20 $ O Autre: _____ $

Veuillez utiliser mon don pour...

O Les besoins les plus urgents de l'Hôpital

O Autre: FONDS MELINA, COLLÈGE CHARLEMAGNE

Mode de paiement

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

O Mastercard O VISA O AMEX

Numéro de carte

M	M	A	A

Date d'expiration

Signature

OU

O 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

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

J'aimerais en savoir plus sur...

O Dons mensuels O Dons planifiés
O Dons en hommage/commémoratifs O Dons d'actions publiques

O Je souhaite conserver l'anonymat
O I would prefer to receive correspondance in English

SWEB

La Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants

fondation duchildren.com

1, Place Alexis Nihon, 3400, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 1420, Montréal (Québec) H3Z 3B8 info@fhme.com Tél.: 514-934-4846 Téléc.: 514-939-3551

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