



DONNONS-NOUS
LE MEILLEUR DE LA SANTÉ.



FORMULAIRE DE DON

Madame Monsieur Langue de correspondance : Français Anglais

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Pays : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone autre : _____ bur.
cell.

Adresse courriel : _____

OUI, J'APPUIE LE CHUM ET SES PATIENTS EN FAISANT UN :

DON MENSUEL : 50 \$ 25 \$ 15 \$ 5 \$ Je préfère donner : _____ \$

 ↳ le 1^{er} de chaque mois le 15 de chaque mois

J'autorise la Fondation du CHUM à prélever de mon compte bancaire le montant indiqué ci-dessus. Chaque mois, mon don sera renouvelé automatiquement et sera débité de mon compte bancaire. Je peux annuler cette entente en communiquant avec la Fondation du CHUM (délai de traitement de 30 jours). J'ai certains droits et recours si un prélèvement n'est pas conforme au présent accord. Pour obtenir plus d'information, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter cdnpay.ca.

J'autorise la Fondation du CHUM à débiter mensuellement le montant de mon don sur ma carte de crédit. Chaque mois, mon don sera renouvelé automatiquement et sera prélevé de ma carte de crédit. Je peux annuler cette entente en communiquant avec la Fondation du CHUM (délai de traitement de 30 jours).

DON UNIQUE **DON IN MEMORIAM** **DON HONORIFIQUE** :

250 \$ 100 \$ 50 \$ 30 \$ Je préfère donner : _____ \$

MODE DE PAIEMENT

Chèque ou mandat-poste à l'ordre de : Fondation du CHUM

Visa MasterCard Numéro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exp. : | | | | | | | | | |

Prélèvement bancaire (don mensuel seulement) ↳ **Joindre un spécimen de chèque.**

À REMPLIR SI VOUS FAITES UN DON IN MEMORIAM OU HONORIFIQUE

Cette section est facultative et le montant de votre don est confidentiel.

Nom de la personne décédée ou honorée : _____

Aviser la famille ou la personne honorée : OUI NON ↳ **Si oui, remplir les champs ci-dessous.**

Madame Monsieur Langue de correspondance : Français Anglais

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Pays : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone autre : _____ bur.
cell.

Raison du don :

Je voudrais que mon don soit reconnu sous le nom de :

Je désire que mon don soit anonyme.

Mon entreprise a une politique de « dons jumelés » et je lui ferai une demande à cet effet.

Employeur : _____

Adresse : _____

Je suis un(e) employé(e) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Signature (obligatoire) : _____ Date : _____
jour / mois / année

MERCI DE DONNER LE MEILLEUR DE LA SANTÉ AUX PATIENTS DU CHUM!

fondationduchum.com / info@fondationduchum.com

465, rue McGill, bureau 800, Montréal (Québec) H2Y 2H1 / Tél. : 514 890-8077, poste 35205 ou 1 866 DON-CHUM / Téléc. : 514 412-7393