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 : _____

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

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

Pour des soins à leur mesure

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