

OUI! Je désire me joindre au programme de don mensuel.

J'autorise la Fondation de la Maison Michel-Sarrazin à prélever chaque mois un montant de _____ \$ (5\$ minimum)

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

Mode de contribution

Chèque (joindre un spécimen de chèque)

Visa MasterCard

N° carte : _____ / _____ / _____ / _____ Expiration : _____ / _____

Un reçu fiscal cumulatif sera émis à la fin de l'année.

Signature : _____

Déclaration et autorisation

Je **consens** à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à votre fournisseur de paiements.

Je **m'engage** à vous aviser de tout changement relatif à mes renseignements personnels.

Je **peux révoquer** mon autorisation à tout moment.

J'ai **certaines droits** de recours si un débit n'est pas conforme.

Date : _____

Pour des renseignements additionnels, visitez notre site Internet au www.michel-sarrazin.ca.

Merci pour votre contribution

Mon don : 10\$ 25\$ 50\$

Je souhaite plutôt faire un don de : _____ \$

Pour un don mensuel, voir au verso.

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Année de naissance* _____

(*Ce champs n'est pas obligatoire. Il pourra servir à des fins statistiques.)

Un reçu fiscal sera émis pour les dons de 20\$ et plus.

Mode de contribution

Chèque (à l'ordre de la Fondation de la Maison Michel-Sarrazin)

Visa MasterCard

N° carte : _____ / _____ / _____ / _____

Expiration : _____ / _____

Signature : _____

Adresse courriel (pour recevoir notre infolettre) : _____

Je veux obtenir des renseignements sur le don planifié.

N° d'enregistrement : 89408 3658 RR0001