

## 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 1er 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 **certains droits** de recours si un débit n'est pas conforme.

Date : \_\_\_\_\_

Pour des renseignements additionnels, visitez notre site Internet au [www.Michel-sarrazin.ca](http://www.Michel-sarrazin.ca)

## Merci pour votre contribution

Mon don :     50 \$       75 \$       100 \$

Je souhaite plutôt faire un don de : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 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