

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

J'autorise la Fondation 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 : _____

Date : _____

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

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.

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 _____

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

Mode de contribution

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

Visa MasterCard

N° carte : _____ / _____ / _____ / _____

Expiration : _____ / _____

Signature : _____

Adresse courriel (pour recevoir notre infolettre) : _____

Désirez-vous recevoir des renseignements sur les façons additionnelles d'appuyer la Maison Michel-Sarrazin (don par testament, police d'assurance vie, don d'actions, etc.).

Oui Non

N° d'enregistrement : 894083658RR0001

En guise de reconnaissance, la Fondation publiera le nom de tous ses donateurs de 500\$ et plus (dons annuels cumulés).

Cochez si vous souhaitez demeurer anonyme.