

Don mensuel

RETOURNER CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ ACCOMPAGNÉ DE VOTRE DON À :

Fondation des hôpitaux Enfant-Jésus – Saint-Sacrement
1401, 18^e Rue Québec QC G1J 1Z4
Téléphone : (418) 649-5959 Télécopieur : (418) 649-5907

✓ J'autorise la Fondation des hôpitaux Enfant-Jésus – Saint-Sacrement à prélever chaque mois un montant de :

- 10 \$
- 15 \$
- 20 \$
- 25 \$
- ou _____ \$

▪ **Prélèvements bancaires**

Je joins un spécimen de chèque portant la mention «NUL» et j'autorise la Fondation des hôpitaux Enfant-Jésus – Saint-Sacrement à prélever la somme indiquée ci-dessus.

▪ **Carte de crédit**

J'autorise la Fondation des hôpitaux Enfant-Jésus – Saint-Sacrement à débiter mensuellement ma carte de crédit de la somme indiquée ci-dessus.

- Visa

No de la carte : _____ Date d'expiration : _____

Signature du détenteur : _____

Un reçu pour fins d'impôt sera émis à la fin de l'année.

- Je désire un reçu pour usage fiscal

Merci de votre générosité !