North Bay Regional Health Centre Foundation
Fondation du Centre régional de santé de North Bay

Amis de la Fondation
Formulaire de don mensuel

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Je veux me joindre aux *Amis de la Fondation* et soutenir la Fondation de l'CRSNB en faisant un don mensuel.
(*Veuillez choisir A, B ou C.)*

❍A) Veuillez débiter la somme suivante de mon compte bancaire : (Veuillez joindre un chèque annulé.)

❍10 $ ❍ 20 $ ❍ 25 $ ❍ 30 $ (1 $ par jour) ❍ 50 $ ❍ 83,33 $ (1 000 $ par année) ❍Autre somme : _____ (préciser)

Les débits préautorisés *sont traités le 15 du mois.*

Je peux annuler mon autorisation en tout temps, moyennant un avis fourni 10 jours avant la date de traitement, soit le 15 du mois. Pour obtenir un exemple de formulaire d'annulation ou pour obtenir d'autres renseignements sur mon droit d'annuler une entente de débit préautorisé, je peux communiquer avec mon établissement financier ou visiter le site Web suivant : www.cdnpay.ca.
J'ai certains droits de recours dans l'éventualité où un débit ne respecte pas la présente entente. Par exemple, j'ai le droit qu'on me rembourse tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à cette entente. Pour obtenir d'autres renseignements quant aux recours possibles à cet égard, je peux communiquer avec mon établissement financier ou visiter le site Web suivant : www.cdnpay.ca.

❍ B) Veuillez débiter la somme suivante de ma carte de crédit :

❍ 10 $ ❍20 $ ❍ 25 $ ❍30 $ (1 $ par jour) ❍ 50 $ ❍ 83,33 $ (1 000 $ par année) ❍Autre somme : _____ (préciser)

Les versements par carte de crédit sont traités la première semaine du mois.

❍ Visa ❍ MasterCard

Numéro de la carte : _____ Date d'expiration : ____/____

❍ C) Je veux fournir des chèques postdatés : (Veuillez joindre les chèques postdatés.)

❍10 $ ❍ 20 $ ❍25 $ ❍ 30 $ (1 $ par jour) ❍ 50 $ ❍83,33 $ (1 000 $ par année) ❍ Autre somme : _____ (préciser)

Les chèques postdatés seront encaissés la date du chèque ou le jour ouvrable suivant.

Veuillez affecter mon don au domaine suivant : ❍ Besoin le plus important ❍ Autre _____

J'aimerais que mon nom figure de la façon suivante sur
les listes publiées de reconnaissance des donateurs : _____

_____ Date _____ Signature

❍ Afin d'inspirer d'autres personnes à donner, j'accepte que mon nom soit ajouté à la liste des donateurs de la Fondation et au mur des donateurs.

OU

❍ Je veux rester anonyme. *(Votre nom ne sera ajouté à aucune liste de donateurs.)*

Améliorer les soins de santé offerts près de chez soi

Fondation du Centre régional de santé de North Bay
50, promenade College, CP 2500 North Bay (Ontario) P1B 5A4
TÉL. : 705-495-8125 Couriel. : foundation@nbrhc.on.ca

N° d'eregistrement d'organisme de bienfaisance : 88773 1123 RR0001