



Renseignements Personnels

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ CP : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Je désire faire un don: (choix A ou B)

A) Un total de _____ \$ payable en 1 an 2 ans 3 ans

- paiements : Annuel Semi-annuel Trimestriel Autre _____

- commencent : _____ / _____ / _____ - payable par : chèques postdaté transfert électronique
(jour / mois / année) (inclure chèque nul)

Visa MasterCard

Carte de crédit _____ Date expiration: _____

Veuillez désigner mon don au fond suivant Fond besoin urgent 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.)

Cadeau en honneur de _____

Fête Anniversaire Graduation Autre : _____

Veuillez indiquer l'adresse de la personne d'honneur pour l'accusé de réception

Améliorer les soins de santé offerts près de chez soi

Fondation du Centre régional de santé de North Bay
50 Promenade Collège, C.P. 2500 North Bay ON P1B 5A4
Téléphone: 705-495-8125 Télécopieur: 705-495-8121

NUMÉRO DE CHARITÉ BN 88773 1123 RR0001