

Identification du donateur

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) ____ - _____

Courriel : _____

Je désire verser chaque mois :

5 \$ 10 \$ 15 \$ 25 \$ autre : _____ \$

par prélèvement mensuel bancaire

J'autorise la Fondation SSSM à le prélever chaque mois de mon compte bancaire.
N'oubliez pas de signer ci-dessous et de joindre un spécimen de chèque (avec la mention «annulé»).

Signature : _____
obligatoire

par prélèvement mensuel par carte de crédit

J'autorise la Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan à le prélever chaque mois de ma carte de crédit.

Par carte de crédit : VISA MASTER CARD AMERICAN EXPRESS

Numéro :

Expiration : ____ / ____ Signature : _____
Mois année obligatoire

Votre contribution sera affectée dans le fonds général de la Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan, afin de répondre aux besoins priorités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord – région Manicouagan.

Si vous désirez **diriger votre don vers l'une des trois missions des établissements de santé de notre région**, veuillez le cocher ci-dessous :

- Hospitalier (Hôpital Le Royer) Communautaire (CLSC)
 Hébergement et soins de longue durée (CHSLD) : N.-A.- Labrie et Boisvert)

Cet engagement peut être modifié ou résilié en tout temps, en contactant la Fondation SSSM au **418-589-3701** poste 302293. Un reçu cumulatif pour déclarations fiscales vous sera expédié en fin d'année.
Numéro d'organisme enregistré : 88529 6756 RR0001

Merci de votre générosité !

Remplir le formulaire de souscription ci-dessus et le poster à :
Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan
635, boulevard Jolliet, Baie-Comeau (Québec) G5C 1P1