JE DÉSIRE CONTRIBUER À LA MISSION DE LA FONDATION

M ☐ Mme ☐ NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : APP. :

VILLE : PROVINCE : CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE : COURRIEL :

J'autorise la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal à prélever ma contribution selon le mode de souscription choisi sur le présent formulaire et ce, jusqu'à l'acquittement complet de mon don. Toutefois, je pourrai mettre un terme au prélèvement de ladite contribution en informant par écrit la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

SIGNATURE : DATE :

Choisir un seul mode de souscription

PAR CHÈQUE ☐

35 $ ☐ 55 $ ☐

☐ Une seule fois ☐ À tous les ans pendant : ☐ 2 ans ☐ 3 ans ☐ 4 ans ☐ 5 ans

PAR CHÈQUES POSTDATÉS ☐

125 $ ☐ 250 $ ☐

ARGENT COMPTANT ☐

500 $ ☐ Autre : _____ $

(Chèque à l'ordre de : Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)

PAR PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

MONTANT À PRÉLEVER PAR MOIS						
10 $ ☐	25 $ ☐	40 $ ☐	50 $ ☐	75 $ ☐	100 $ ☐	Autre : _____ $

Le prélèvement bancaire aura lieu tous les 1er du mois. Veuillez inclure un chèque portant la mention « spécimen ».

PAR CARTE DE CRÉDIT

☐ Par un prélèvement mensuel : _____ $ ☐ En un seul prélèvement : _____ $

N° de la carte ☐ ☐ ☐ ☐

Signature : _____ Date d'expiration :

Reçu aux fins d'impôt sur demande pour les dons de 25 $ et moins :

☐ Oui ☐ Non

Je désire contribuer à l'un des projets prioritaires suivants :

- ☐ Cardiologie
- ☐ Oncologie
- ☐ Pneumologie
- ☐ Campagne du futur Centre intégré de traumatologie
- ☐ Recherche
- ☐ Santé mentale
- ☐ Pharmacie
- ☐ Projet TEP-CT
- ☐ Obstétrique-Gynécologie
- ☐ Priorités de l'Hôpital
- ☐ Traumatologie / orthopédie

☐ J'aimerais recevoir de l'information supplémentaire au sujet de la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Fondation de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
5400, boul. Gouin Ouest
Montréal (Québec)
H4J 1C5

L'information sur nos donateurs demeure strictement confidentielle et ne sera divulguée en aucune circonstance.