



## FORMULAIRE DE DON

Je désire faire un don à la mémoire de

\_\_\_\_\_

au Fonds **Centre de santé communautaire de Kapuskasing et région.**

**Option 1** (don unique) de : \_\_\_\_\_

**Option 2** (dons mensuels) de : \_\_\_\_\_

**Option 3** (dons annuels) de : \_\_\_\_\_

## In Memoriam

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_

Téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE D'ENGAGEMENT :** \_\_\_\_\_

**Païement par :**  Chèque (libellé à la Fondation franco-ontarienne)  
 Paiement préautorisé de mon compte bancaire (joindre un chèque annulé)  
 VISA       MasterCard       American Express

No de carte : \_\_\_\_\_ Date d'exp. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

*La Fondation franco-ontarienne respecte votre vie privée en protégeant vos renseignements personnels. Nous ne louons, ni ne vendons, ni n'échangeons nos listes d'envois. L'information que vous nous fournissez sert à vous renseigner sur nos activités et à vous livrer un reçu officiel pour fins d'impôt pour tout don supérieur à 15.00 \$. Numéro de charité : **10739 1724 RR0001.***

**Merci de faire parvenir votre don à :**

Fondation franco-ontarienne  
C.P. 7340, Ottawa (Ontario) K1L 8E4

Tél. 613 565-4720  
Télééc. 613 565-8539

info@fondationfranco-ontarienne.ca  
www.fondationfranco-ontarienne.ca