

COORDONNÉES

Madame Monsieur

Nom du donateur

Titre

Entreprise (s'il y a lieu)

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Autre

Courriel

Nom du solliciteur

ENGAGEMENT

Montant du don mensuel :

Date du premier paiement : Jour : Mois : Année :

Date du dernier paiement : Jour : Mois : Année :

En donnant à la Fondation Moelle épinière et motricité Québec, mon don servira à soutenir différents projets visant à améliorer la santé, la qualité de vie des personnes ayant une lésion à la moelle épinière et à faire avancer la recherche scientifique.

MODE DE PAIEMENT

Chèque *

Carte de crédit

Visa

MasterCard

Numéro de la carte :

Date d'expiration

Mois :

Année :

Signature :

Date :

Le reçu ** doit être émis au nom de (si différent du donateur) :

* VEUILLEZ JOINDRE AU FORMULAIRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE MARQUÉ « NUL »

** UN REÇU AUX FINS D'IMPÔTS SERA REMIS POUR TOUT DON DE 20 \$ ET PLUS.

Aimeriez-vous recevoir de la correspondance de la Fondation MÉMO-QC? Oui Non
Numéro d'enregistrement : 88667 6592 RR0001

ENSEMBLE, NOUS POUVONS SOUTENIR L'AUTONOMIE