

Entraide

Identification de la donatrice ou du donateur

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse postale : _____

 Ville : _____
 Province : _____ Code postal : _____
 Téléphone : _____

Je consens à ce que le Secrétariat Entraide communique avec moi par courriel.

Courriel : _____

Méthode de paiement

Indiquez une seule méthode de paiement

- ☐ Par retenue à la source unique (une fois)
☐ Par retenue à la source périodique (plusieurs fois, fréquence aux 2 semaines)

Se termine

- ☐ Quand je vous en informerai
☐ Choisir une date de fin

Année Mois Jour

J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à prélever le montant indiqué ci-dessous et à fournir au Comité Entraide les renseignements nécessaires à la vérification et au contrôle des sommes reçues et attendues et à l'émission d'un reçu fiscal, le cas échéant.

DATE SIGNATURE REQUISE

☐ Par chèque Libellez votre chèque à l'ordre du Comité Entraide.

☐ Par argent

Montant du don

Je veux faire un don de (choisir une des options suivantes)

Pour un don périodique, veuillez inscrire le montant à prélever chaque période.

☐ 275 \$ ☐ 525 \$ ☐ 1 100 \$ ☐ 2 250 \$ Autre \$

☐ J'ai donné 1 000 \$ et plus et j'autorise le Secrétariat Entraide à utiliser mes renseignements personnels dans le cadre du programme de reconnaissance des dons majeurs.

Merci de votre générosité!

Répartition du montant du don

Indiquez le montant que vous souhaitez donner à chacun des organismes bénéficiaires de votre choix.



Centraide

Montant en dollars

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | CENTRAIDE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES | |
| 02 | CENTRAIDE DU GRAND MONTRÉAL | |
| 03 | CENTRAIDE ESTRIE | |
| 04 | CENTRAIDE OUTAOUAIS | |
| 05 | CENTRAIDE MAURICIE | |
| 06 | CENTRAIDE RICHELIEU-YAMASKA | |
| 07 | CENTRAIDE CENTRE-DU-QUÉBEC | |
| 09 | CENTRAIDE HAUTE-CÔTE-NORD-MANICOUAGAN | |
| 10 | CENTRAIDE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE | |
| 11 | CENTRAIDE LAURENTIDES | |
| 12 | CENTRAIDE LANAUDIÈRE | |
| 13 | CENTRAIDE SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN | |
| 14 | CENTRAIDE BAS-SAINT-LAURENT | |
| 15 | CENTRAIDE HAUTES-LAURENTIDES | |
| 16 | CENTRAIDE ABITIBI-TÉMISCAMINGUE ET NORD-DU-QUÉBEC | |
| 17 | CENTRAIDE SUD-OUEST DU QUÉBEC | |
| 18 | CENTRAIDE DUPLESSIS | |



PARTENAÏRESANTÉ QUÉBEC

Montant en dollars

- | | | |
|----|--|--|
| 30 | PARTENAÏRESANTÉ-QUÉBEC | |
| 31 | ASSOCIATION PULMONAIRE DU CANADA | |
| 32 | FIBROSE KYSTIQUE CANADA – QUÉBEC | |
| 33 | DIABÈTE QUÉBEC | |
| 34 | DYSTROPHIE MUSCULAIRE CANADA | |
| 35 | FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES SOCIÉTÉS ALZHEIMER | |
| 36 | CROHN ET COLITE CANADA | |
| 37 | FOIE CANADA | |
| 38 | LA FONDATION DU REIN – DIVISION DU QUÉBEC | |
| 39 | CŒUR + AVC | |
| 40 | SOCIÉTÉ CANADIENNE DE L'HÉMOPHILIE – SECTION QUÉBEC | |
| 41 | SCLÉROSE EN PLAQUES CANADA – DIVISION DU QUÉBEC | |
| 42 | SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER – DIVISION DU QUÉBEC | |
| 43 | SOCIÉTÉ DE L'ARTHRITE DU CANADA – DIVISION DU QUÉBEC | |
| 44 | SLA QUÉBEC | |
| 45 | SOCIÉTÉ HUNTINGTON DU QUÉBEC | |
| 46 | PARKINSON CANADA | |
| 47 | COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA | |
| 48 | FONDATION HÉMA-QUÉBEC | |
| 49 | FONDATION INCA | |
| 50 | OSTÉOPOROSE CANADA | |



Montant en dollars

60 CROIX-ROUGE CANADIENNE, QUÉBEC

TOTAL

Signez votre formulaire de don après l'avoir rempli. N'oubliez pas d'y joindre, s'il y a lieu, votre chèque ou de l'argent.