

Entraide

Identification de la donatrice ou du donateur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

*Numéro de référence : _____

*Votre numéro de référence commence et se termine par une lettre.

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 mensuelle)

Se termine

☐ Quand je vous en informerai

☐ Choisir une date de fin

Année

Mois

Jour

J'autorise Retraite Québec à prélever le montant indiqué ci-dessous.

La fréquence de la retenue à la source correspond à celle de votre rente.

DATE

X

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.

☐ 7 \$ ☐ 12 \$ ☐ 25 \$ ☐ 50 \$ 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.

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	



PARTENAIRE SANTÉ QUÉBEC

Montant en dollars

30	PARTENAIRE SANTÉ-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'HÉMOPLHIE – 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.

Merci de votre générosité!