

FORMULAIRE DE DON

Faites un don pour favoriser la santé des os et des articulations, adhérez au programme de dons mensuels ou encore donnez en l'honneur d'une personne spéciale (soulignez une occasion spéciale, comme un anniversaire ou un mariage, ou optez pour un don commémoratif). Veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le poster ou le télécopier aux coordonnées ci-dessus. Vous pouvez aussi composer notre numéro de téléphone, puis demander le poste 221 (ayez votre carte de crédit à portée de la main).

1^{re} étape – Coordonnées du donateur (adresse où envoyer le reçu aux fins de l'impôt)

[Un reçu aux fins de l'impôt est automatiquement émis au plus tard le 28 février pour les dons de **20 \$ et plus** traités pendant l'année civile précédente.]

Prénom _____ Nom _____
Adresse _____ App. _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Téléphone _____ - _____ - _____ Courriel _____

La Fondation Canadienne d'Orthopédie compte sur la générosité des donateurs et des bénévoles pour concrétiser sa mission. La Fondation respecte votre vie privée et s'engage à ne pas vendre, louer ou prêter sa liste ni à l'échanger avec quiconque. Visitez notre site Web, à www.movepainfree.org/fr, pour obtenir une copie de notre politique de confidentialité.

2^e étape – Détails sur le don

Don unique

50 \$ 100 \$ 200 \$ Autre : _____ \$
 206 \$ pour mes 206 os (Donnez 206 \$ ou plus pour être reconnu comme donateur du Club206.)

Don mensuel Montant : _____ \$ le 1^{re} du mois OU le 15 du mois

J'autorise la Fondation Canadienne d'Orthopédie à porter le montant de ce don mensuel à mon compte de crédit.

Signature : _____

Don commémoratif Montant : _____ \$

En l'honneur de... À la mémoire de... _____ (Nom)

Envoyez un avis de don à : _____
Nom, adresse, ville, province et code postal

Note personnalisée : _____

3^e étape – Paiement – Joignez un chèque au présent formulaire ou fournissez les renseignements suivants relatifs à votre carte de crédit

Chèque (Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la **Fondation Canadienne d'Orthopédie**.)

Carte de crédit Visa MasterCard American Express

Numéro

Date d'expiration

____ - ____ - ____ / ____ / ____
Mois Année

Code de sécurité : ____ ____ ____ (code de vérification composé de trois chiffres inscrits au dos de votre carte de crédit)

Nom du détenteur

Signature

Je souhaite que tous mes dons restent anonymes.

Je souhaite que mon nom et ma contribution soient cités quand vous soulignez les dons reçus.

Veuillez me faire parvenir des renseignements sur le don par anticipation.