

**OUI, JE VEUX ME JOINDRE AU PROGRAMME DE DON MENSUEL**

**S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES**

Prénom :	Nom :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (bur.) :
Courriel :	

**JE FAIS UN DON AU MONTANT DE :**

J'autorise la Fondation Robert-Giffard à prélever à chaque mois, un montant de : \_\_\_\_\_ (5 \$ minimum)

le 1<sup>er</sup> de chaque mois
  le 15 de chaque mois

**MODE DE CONTRIBUTION**

Visa
  Mastercard
  Chèque (joindre un spécimen)

\_\_\_\_\_  
 Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / mois \_\_\_\_\_ / année

**JE SOUHAITE DÉDIER MON DON:**

Recherche
  Enseignement
  Amélioration des soins et des services

**DÉCLARATION ET AUTORISATION**

**Je consens** à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à votre fournisseur de paiements.

**Je m'engage** à vous aviser de tout changement relatif à mes renseignements personnels

**Je peux révoquer** mon autorisation à tout moment.

**J'ai certains droits** de recours si un débit n'est pas conforme.

**DATE :** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE :** \_\_\_\_\_

**BIEN VOULOIR RETOURNER CE FORMULAIRE À :**

FONDATION ROBERT-GIFFARD  
2601, chemin de la Canardière  
Québec (Québec) G1J 2G3  
Téléphone : (418) 663-5155 • Télécopieur : (418) 663-8153  
NE : 141761155RR0001