

CAMPAGNE MAJEURE DE FINANCEMENT - FORMULAIRE DE PROMESSE DE DON

Nous construisons une maison de soins palliatifs et le premier centre de jour dans ce domaine à Montréal. Une fois en exploitation, l'établissement offrira gratuitement des soins palliatifs de grande qualité dans l'un des secteurs les plus peuplés de Montréal. Il accueillera, dans le respect et la compassion, des personnes de toutes provenances, sans égard à leur condition sociale, leur origine ethnique ou leurs croyances religieuses, afin de leur permettre de vivre leurs derniers jours dans la dignité et l'humanité.

Nous avons besoin de vous.

RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU DONATEUR

Prénom :		Nom :	
OU Nom de l'organisation :			
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	

RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU DON

Montal total :	\$	En _____ paiement(s) annuel(s) de _____ \$
<input type="checkbox"/> Mon premier paiement est inclus et j'effectuerai les paiements restants chaque année à cette date : _____		<input type="checkbox"/> J'effectuerai mes paiements chaque année à cette date : _____
Mode de paiement : <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa		Numéro de la carte de crédit :
Nom sur la carte de crédit :		Date d'expiration :

J'autorise les paiements annuels indiqués ci-dessus chaque année à la date spécifiée.

CONFIDENTIALITÉ

J'autorise la Maison St-Raphaël à divulguer mon nom ainsi que le montant de mon don.

J'autorise la Maison St-Raphaël à divulguer uniquement mon nom comme donateur.

Je veux que mon nom et le montant de mon don demeurent confidentiels.

AUTORISATION

Signature :	Date :
-------------	--------

SVP retourner ce formulaire complété, par la poste à l'adresse indiquée ci-dessous (n'oubliez pas d'inclure votre chèque, le cas échéant) ou par courriel à info@maisonstraphael.org.

Un reçu aux fins d'impôts sera remis pour toute contribution de 25\$ ou plus.

Numéro d'organisme de bienfaisance : 81999 7693 RR0001

Merci de votre générosité !