



FORMULAIRE DE DON

Mme Mlle M. Dr

Prénom : Nom :

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Numéro de téléphone : Courriel :

DON UNIQUE

50\$ 75\$ 100\$ 250\$ Mon choix :\$

Chèque à l'ordre de : HCR Canada

Argent comptant

Carte de crédit : Visa MasterCard American Express

Numéro de carte : Date d'expiration : /
MM YY

Nom figurant sur la carte : Signature :

DON MENSUEL

10\$ 15\$ 20\$ 25\$ Mon choix :\$

Veuillez prélever mon don mensuel à partir du : 1^{er} du mois 15^e du mois

Compte bancaire (Je joins un chèque ANNULÉ)

Carte de crédit : Visa MasterCard American Express

Numéro de carte : Date d'expiration : /
MM YY

Nom figurant sur la carte : Signature :