

## 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<sup>er</sup> du mois  15<sup>e</sup> 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 : .....