



Formulaire de consentement pour don mensuel par carte de crédit

Merci de soutenir notre mission. Ce formulaire nous permet d'autoriser un prélèvement automatique mensuel sur votre carte de crédit.

1. Informations personnelles

- Nom complet : _____
- Adresse : _____
- Ville / Province / Code postal : _____
- Téléphone : _____
- Courriel : _____

2. Informations sur le don

- Montant du don mensuel (en \$) : _____
- Date du début du prélèvement : _____ (Nous préleverons environ à tous les 15 du mois)
- Durée du don :
 - Jusqu'à avis contraire de votre part
 - Jusqu'au _____ (date de fin)

3. Informations de carte de crédit

- Type de carte : Visa Mastercard
- Nom du titulaire de la carte : _____
- Numéro de la carte : _____
- Date d'expiration (MM/AA) : _____
- Code de sécurité (CVV) : _____

4. Consentement et autorisation

Je, soussigné(e), autorise la **Fondation À Notre Santé – Hôtel-Dieu d'Athabaska** à prélever sur ma carte de crédit le montant indiqué ci-dessus, chaque mois, à compter de la date indiquée. Je comprends que :

- Je peux révoquer ce consentement en tout temps en contactant la fondation.
- Ce prélèvement est effectué de manière sécurisée et confidentielle.
- Un reçu officiel pour fins fiscales me sera envoyé chaque année.

Signature : _____

Date : _____

Instructions supplémentaires :

- Retourner le formulaire signé par courriel à : fondation@anotresante.ca
- Par la poste à : Fondation À Notre Santé, 5 rue des Hospitalières, Victoriaville, QC, G6P 2N2