

FORMULAIRE DE DON / ENGAGEMENT

www.souffledebebe.ca

Date _____ Nom _____

Organisme _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postale _____

Tél. (jour) _____ Tél. (soirée) _____ Courriel _____

Je désire soutenir Souffle de bébé en faisant un don :

unique mensuel trimestriel annuel

Don de _____ \$

Pendant (dons mensuels/trimestriels/annuels) : 1 an 3 ans 5 ans jusqu'à avis contraire

J'aimerais que mon don bénéficie : Fonds de la plus haute priorité Recherche et bourses

Méthode de paiement

VISA MasterCard _____ Expiration _____

Signature _____

Paiement préautorisé (joindre un cheque **annulé**, compte débité le 24 du mois)

Chèque personnel (libellé à Souffle de bébé)

Mon employeur a mis sur pied un programme de dons jumelés et j'ai joint le formulaire de l'entreprise

Veuillez m'appeler pour que j'acquitte ma promesse avec des actions

Ce don est à la mémoire de en l'honneur de : _____

Veuillez faire parvenir une reconnaissance de mon don à :

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postale _____

Veuillez considérer mon don anonyme (**ou**)

À des fins de reconnaissance, sur tout document imprimé ou en ligne, veuillez reconnaître cette contribution de :

Veillez me transmettre des renseignements sur :

l'inclusion de Souffle de bébé dans mon testament l'établissement d'un fonds désigné au sein de Souffle de bébé