

Appel à la générosité / Raising funds. Raising hope.

La Fondation de l'Hôpital
de Montréal pour enfants



The Montreal Children's
Hospital Foundation

Nom / Name

Adresse / Address

Ville / City

Province

Code postal / Postal Code

Téléphone / Phone Number

Courriel / Email

SVP ACCEPTEZ CE DON / PLEASE ACCEPT THIS DONATION

À l'occasion de :

On the occasion of : _____

En l'honneur de :

In honour of : _____

En mémoire de :

In memory of : _____

VEUILLEZ UTILISER MON DON POUR / PLEASE DESIGNATE MY GIFT TO

Fonds commémorative/ Tribute fund : _____

S.V.P. AVISEZ LA PERSONNE SUIVANTE / PLEASE ADVISE THE FOLLOWING PERSON

Nom / Name

Adresse / Address

Ville / City

Province

Code postal / Postal Code

MODE DE PAIEMENT / METHOD OF PAYMENT

Chèques (Veuillez libeller vos chèques à l'ordre de **La Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants.**) /
Cheques (Please make cheques payable to **The Montreal Children's Hospital Foundation.**)

Mastercard

Visa

American Express

ÉCRIVEZ UN MESSAGE À INCLURE DANS LA CARTE :

ADD A MESSAGE TO INCLUDE IN THE CARD :

J'AIMERAIS FAIRE UN DON DE :

I WOULD LIKE TO DONATE :

35 \$ 50 \$ 100 \$ 250 \$ Autre / Other : _____

J'AUTORISE LA FHME À PRÉLEVER MENSUELLEMENT UN DON DE :

I AUTHORIZE THE MCHF TO DEDUCT, ONCE A MONTH, THE AMOUNT OF :

20 \$ 50 \$ 75 \$ Autre / Other : _____

J'AIMERAIS FAIRE UN DON MENSUEL PAR PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

(Veuillez joindre un chèque portant la mention «SPECIMEN» pour autoriser les prélèvements automatiques)

Modalités du programme de dons mensuels. J'accepte les modalités suivantes : Nous certifions que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser des prélèvements sur ce compte ont signé ci-dessous. • Nous pouvons annuler cette autorisation à notre gré par un avis écrit à l'attention de la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants. • Nous comprenons les modalités d'adhésion au programme de dons mensuels de la Fondation de Montréal pour enfants.

I WOULD LIKE TO GIVE MONTHLY THROUGH MY BANK ACCOUNT

(Please enclose a cheque marked "SPECIMEN" for automatic bank withdrawals.)

Terms and conditions of the Monthly Giving Program. I agree to the following Terms and Conditions : We warrant and guarantee that the person whose signature is required to authorize withdrawals from the Account have signed the Authorization below. • We may cancel this Authorization at any time upon providing written notice to The Montreal Children's Hospital Foundation. • We have read and understood the terms of participating in The Montreal Children's Hospital Foundation Monthly Donor Giving Program.

ABONNEZ-MOI aux mises à jour par courriel sur les histoires de patients, les nouvelles et les événements.

SIGN ME UP to receive email updates on events, news and patient stories.

Numéro de carte / Card number

Date exp. / Exp. Date

Signature