

# Formulaire de dons hors ligne

Couper le long des lignes pointillées afin de séparer les dons et les renseignements sur les donateurs pour plusieurs donateurs

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT** Numéro d'enregistrement d'œuvre de bienfaisance : 108071671RR0003

M.  Mme  Dr Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Organisation (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle :  Adresse résidentielle : Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LES DONNS** Remarque : Le masculin est utilisé pour faciliter la lecture.

• Libeller les chèques à l'ordre de la Société de l'arthrite; les chèques postdatés ne sont pas acceptés. • Un reçu officiel sera délivré quatre semaines après l'événement pour tout don de 20 \$ ou plus, à condition que l'information soit complète et lisible. • Tous les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire seront protégés.

Oui, j'aimerais recevoir des communications électroniques de la Société de l'arthrite.

**COORDONNÉES DES DONATEURS**

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Consentement à recevoir des communications électroniques  Français  Anglais

Chèque (à l'ordre de la Société de l'arthrite)  Espèces  Carte de crédit

Montant du don  \$

N° de la carte  Reçu officiel Oui  Non

Date d'expiration  /

Nom du titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Consentement à recevoir des communications électroniques  Français  Anglais

Chèque (à l'ordre de la Société de l'arthrite)  Espèces  Carte de crédit

Montant du don  \$

N° de la carte  Reçu officiel Oui  Non

Date d'expiration  /

Nom du titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_

La Société de l'arthrite est agréée dans le cadre du Programme de normes d'Imagine Canada. La marque de confiance du Programme de normes d'Imagine Canada est utilisée sous licence par la Société de l'arthrite.



# Formulaire de dons hors ligne

Couper le long des lignes pointillées afin de séparer les dons et les renseignements sur les donateurs pour plusieurs donateurs

## COORDONNÉES DES DONATEURS

Prénom _____	Nom _____	<input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de la Société de l'arthrite)	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Carte de crédit	Montant du don	<input type="text"/>	\$
Adresse _____		N° de la carte		Reçu officiel		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ville _____	Province _____	Code postal _____		Date d'expiration		____/____	
Courriel _____		Téléphone _____		Nom du titulaire de la carte		Signature du titulaire de la carte	
Consentement à recevoir des communications électroniques <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		X			

Prénom _____	Nom _____	<input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de la Société de l'arthrite)	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Carte de crédit	Montant du don	<input type="text"/>	\$
Adresse _____		N° de la carte		Reçu officiel		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ville _____	Province _____	Code postal _____		Date d'expiration		____/____	
Courriel _____		Téléphone _____		Nom du titulaire de la carte		Signature du titulaire de la carte	
Consentement à recevoir des communications électroniques <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		X			

Prénom _____	Nom _____	<input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de la Société de l'arthrite)	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Carte de crédit	Montant du don	<input type="text"/>	\$
Adresse _____		N° de la carte		Reçu officiel		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ville _____	Province _____	Code postal _____		Date d'expiration		____/____	
Courriel _____		Téléphone _____		Nom du titulaire de la carte		Signature du titulaire de la carte	
Consentement à recevoir des communications électroniques <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		X			

Prénom _____	Nom _____	<input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de la Société de l'arthrite)	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Carte de crédit	Montant du don	<input type="text"/>	\$
Adresse _____		N° de la carte		Reçu officiel		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Ville _____	Province _____	Code postal _____		Date d'expiration		____/____	
Courriel _____		Téléphone _____		Nom du titulaire de la carte		Signature du titulaire de la carte	
Consentement à recevoir des communications électroniques <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		X			