



Oui, je veux appuyer le travail vital de La Fondation canadienne du rein

Voici mon don de:

20 \$ 30 \$ 50 \$ 100 \$ Autre : _____

Méthode de paiement :

Chèque Visa MasterCard AMEX

Numéro de la carte : _____

Date d'expiration : _____

Signature : _____

Je m'engage à donner la somme suivante chaque mois :

5 \$ 10 \$ 15 \$ Autre _____

le 1^{er} de chaque mois **OU** le 16 de chaque mois
(Si vous choisissez la formule des prélèvements mensuels, veuillez joindre un chèque portant la mention <NUL>.)

Veillez m'envoyer un reçu fiscal :

(en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

N^o d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 10756 7398 RR0001

- Veillez communiquer avec moi pour discuter des possibilités de bénévolat à La Fondation canadienne du rein.**
- Je voudrais de plus amples renseignements au sujet de La Fondation canadienne du rein.**

Les renseignements que vous nous fournissez serviront à traiter votre don et à préparer votre reçu fiscal. Il se peut que nous utilisions de temps à autre vos coordonnées pour vous mettre au courant d'autres activités, événements et/ou initiatives de collecte de fonds de la Fondation. Si vous ne voulez pas faire partie de notre liste d'envoi, veuillez l'indiquer en cochant la case ci-dessous. Pour plus d'information sur notre politique de confidentialité, veuillez visiter le www.rein.ca.

Je ne veux pas faire partie de la liste d'envoi de La Fondation canadienne du rein.