

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 /

_____ X _____
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 /

_____ X _____
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 <input type="text"/>		Reçu officiel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Ville _____	Province _____	Code postal _____		Date d'expiration <input type="text"/>		
Courriel _____		Téléphone _____		X _____		
Consentement à recevoir des communications électroniques <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		Nom du titulaire de la carte _____		
				Signature du titulaire de la carte _____		

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 <input type="text"/>		Reçu officiel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Ville _____	Province _____	Code postal _____		Date d'expiration <input type="text"/>		
Courriel _____		Téléphone _____		X _____		
Consentement à recevoir des communications électroniques <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		Nom du titulaire de la carte _____		
				Signature du titulaire de la carte _____		

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 <input type="text"/>		Reçu officiel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Ville _____	Province _____	Code postal _____		Date d'expiration <input type="text"/>		
Courriel _____		Téléphone _____		X _____		
Consentement à recevoir des communications électroniques <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		Nom du titulaire de la carte _____		
				Signature du titulaire de la carte _____		

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 <input type="text"/>		Reçu officiel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Ville _____	Province _____	Code postal _____		Date d'expiration <input type="text"/>		
Courriel _____		Téléphone _____		X _____		
Consentement à recevoir des communications électroniques <input type="checkbox"/>		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		Nom du titulaire de la carte _____		
				Signature du titulaire de la carte _____		