

## Formulaire de don

### Directives

1. Imprimez ce formulaire.
2. Remplissez les sections **Coordonnées**, **Don** et **Mode de paiement**.
3. Envoyez le formulaire dûment rempli par télécopieur (paiement par carte de crédit seulement) ou par la poste à la Fondation canadienne de la fibrose kystique (l'adresse et le numéro de télécopieur se trouvent à la fin de ce formulaire).

### Coordonnées

---

M.       M<sup>me</sup>       D<sup>r</sup>/D<sup>re</sup>      Autre : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

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

*Veillez fournir un numéro de téléphone ou une adresse électronique où nous pouvons vous joindre si nous avons une question concernant votre don.*

### Don

---

Type de don     Général     Commémoratif     En l'honneur d'une personne ou d'une occasion particulière

Don commémoratif : \_\_\_\_\_  
Nom de la personne décédée

Don en l'honneur de : \_\_\_\_\_  
Nom de la personne ou de l'occasion

**Pour les dons commémoratifs ou les dons versés en l'honneur d'une personne ou d'une occasion particulière, envoyer une carte à :**

M.       M<sup>me</sup>       D<sup>r</sup>/D<sup>re</sup>      Autre : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Si vous désirez qu'un message spécial soit inscrit dans la carte, veuillez l'écrire ci-après :

**Message :** \_\_\_\_\_

### **Mode de paiement**

---

- Je joins un chèque à l'ordre de la Fondation canadienne de la fibrose kystique.
- Veuillez porter le montant à ma carte de crédit. (*Inscrivez les renseignements sur votre carte de crédit ci-dessous.*)

Montant du don :  35 \$     50 \$     75 \$     100 \$     Autre : \_\_\_\_\_

Type de carte     Visa                       MasterCard                       American Express

Nom tel qu'il apparaît sur la carte : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Un reçu aux fins de l'impôt sera envoyé pour les dons de 10 \$ et plus. Un reçu pour les dons de moins de 10 \$ sera envoyé uniquement sur demande.

Mon employeur offre un programme de dons jumelés. Ce don sera jumelé par : \_\_\_\_\_

Don jumelé :  Inclus                       À suivre

Afin d'acquérir de nouveaux donateurs, nous partageons parfois notre liste d'envoi avec d'autres organismes de bienfaisance. Si vous préférez que votre nom ne soit pas inclus dans cette liste, veuillez cocher cette case.

**Envoyez le formulaire dûment rempli par télécopieur (paiement par carte de crédit seulement) ou par la poste à Fibrose kystique Canada.**

Adresse postale : Fibrose kystique Canada  
2221, rue Yonge, porte 601  
Toronto (Ontario) M4S 2B4

N° de télécopieur : 416-485-5707

Ou composez le 1-800-378-2233, poste 250, pour verser un don par carte de crédit.

**Merci de verser un don à Fibrose kystique Canada!**