

## Formulaire de don mensuel

### 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 Fibrose kystique Canada (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.*

### Mon don

---

Je souhaite adhérer au programme de dons mensuels **Souffle de vie<sup>MD</sup>**. J'autorise Fibrose kystique Canada à recevoir mon don mensuel de :  10 \$     20 \$     50 \$     100 \$

Je préfère donner : \_\_\_\_\_ \$

*Veillez noter que votre don sera traité le 15<sup>e</sup> jour de chaque mois.*

### Renseignements relatifs à mon versement

---

Veuillez faire un retrait de mon compte bancaire.

*(Si vous désirez procéder par retrait automatique à partir de votre compte chèque, veuillez joindre un chèque portant la mention NUL.)*

Veuillez débiter ma carte de crédit.  
(Veuillez fournir les renseignements relatifs à votre carte de crédit ci-après.)

Type de carte  Visa  MasterCard  American Express

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

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

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

Mon employeur offre un programme de dons jumelés. 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!**