LA FONDATION DE L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL
THE ARGENTEUIL HOSPITAL FOUNDATION

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

Point de service d'Argenteuil

FORMULAIRE DE DON

Oui, je veux contribuer au bien-être des gens d'ici!

Renseignements généraux

Nom	
Prénom	
Adresse	
Téléphone (rés.)	

Nom de l'entreprise (si applicable)	
Ville	
Code postal	
Téléphone (travail)	
Courriel	

Don unique

❑ Je désire faire un don et recevoir un reçu fiscal
❑ Je désire que mon don demeure anonyme
❑ Voici ma contribution : ❑ 50 $ ❑ 100 $ ou _____ $ (min. de 5 $)

MODES DE PAIEMENT:

❑ Chèque ou mandat-poste **(à l'ordre de la Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil)**
❑ VISA
❑ MasterCard

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| MM AA

N° de la carte — Expiration

Signature

Adresse civique — Rue

Ville — Code postal

Téléphone — Courriel

❑ JE DÉSIRE FAIRE UN DON MENSUEL

❑ 10 $ ❑ 25 $ ❑ 50 $ ou _____ $ (min. de 5 $)

❑ **Prélèvements bancaires**
Je joins un chèque portant la mention « Nul » et j'autorise la Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil à soustraire mensuellement de mon compte bancaire la somme indiquée ci-haut.

❑ **Cartes de crédit**
J'autorise la Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil à prélever mensuellement de ma carte de crédit la somme indiquée ci-haut.

❑ **VISA** ❑ **MASTERCARD**

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| MM AA

N° de la carte — Expiration

Signature

Pour tout don de 20 $ et plus, vous recevrez un reçu pour fins d'impôt.
❑ Je ne désire pas de reçu.

Retenues périodiques sur la paie

2 $	5 $	10 $	15 $	Autre choix	Total annuel
❑	❑	❑	❑	$	$

Pour 26 périodes de paie.

Retenue unique sur la paie

20 $	50 $	100 $	200 $	Autre choix
❑	❑	❑	❑	$

Numéro d'employé

❑ Je désire recevoir de l'information sur la Fondation.

❑ J'autorise mon employeur à effectuer les retenues sur mon salaire, et ce, jusqu'à révocation de ma part émise à la fondation, sans quoi l'engagement se renouvellera automatiquement. Advenant la fin de mon emploi, je contacterai la fondation afin de transformer mon don par retenue sur le salaire en don mensuel ou pour toute autre demande.

Signature — Date

La Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil souscrit à une politique sur la protection des renseignements personnels/confidentialité.

Merci de retourner votre formulaire dûment remplis à la Fondation par la poste :
145, avenue de la Providence, Lachute QC J8H 4C7
Téléphone : 450 562-3761, poste 72100 | Courriel : fha@ssss.gouv.qc.ca | No d'enregistrement fédéral : 860175736 RR0001

LA FONDATION DE L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL
THE ARGENTEUIL HOSPITAL FOUNDATION

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

Point de service d'Argenteuil

DONATION FORM

Yes, I want to contribute to the well-being of the people in my community!

General Information

Last Name	
First Name	
Address	
Telephone (H)	

Business Name (if applicable)	
City	
Postal Code	
Telephone (O)	
Email	

One-time donation

- ❑ I wish to make a donation and receive a tax receipt
- ❑ I wish my donation to remain anonymous
- ❑ Here is my contribution: ❑ $50 ❑ $100 or $_____ (min. $5)

PAYMENT METHOD:

❑ **Cheque or postal money order paid to the order of the Argenteuil Hospital Foundation**

❑ VISA ❑ MasterCard

Card Number _____ Expiration Date MM/AA

Signature _____

Address _____ Street _____

City _____ Postal Code _____

Telephone _____ Email _____

❑ I WISH TO MAKE A MONTHLY DONATION

❑ $10 ❑ $25 ❑ $50 or $_____ (min. de $5)

❑ **Bank deductions**
I am attaching a cheque marked "VOID" and I authorize the Argenteuil Hospital Foundation to withdraw monthly from my bank account the amount indicated above.

❑ **Credit Card**
I authorize the Argenteuil Hospital Foundation to deduct from my credit card on a monthly basis the amount indicated above.

❑ **VISA** ❑ **MASTERCARD**

Card Number _____ Expiration Date MM/AA

Signature _____

For all donations of $20 or more, you will receive a receipt for income tax purposes.

❑ I do not want a receipt.

Periodic pay deductions

$2	$5	$10	$15	Other Amount $	Annual Total $

For 26 pay periods

One-time pay deduction

$20	$50	$100	$200	Other Amount $

Employee Number

☐ I wish to receive information about the Foundation.

☐ I authorize my employer to withdraw these salary deductions until I issue a revocation to the Foundation; until then, the commitment will automatically remain in force. Should my employment be terminated, I will contact the Foundation to transfer my salary deduction into a monthly deduction or to some other form of donation.

Signature _____ Date _____

The Argenteuil Hospital Foundation has adopted a policy of confidentiality and protection of personal information.

Please return this form, duly completed, to the Foundation by mail:
145, avenue de la Providence, Lachute, QC J8H 4C7
Telephone: 450-562-3761, Ext. 72100 | Email: fha@ssss.gouv.qc.ca | Federal Registration No.: 860175736 RR0001