Je désire être un INVESTISSEUR SANTÉ en faisant un don mensuel

Par mois ☐ 10 $ ☐ 15 $ ☐ 20 $ ☐ Autre _____$

Le 15 de chaque mois à compter du

_____ (MM/AA) et ce,

jusqu'au _____ (MM/AA)

☐ Je désire poursuivre mon engagement pour une période indéterminée. Je peux résilier en tout temps en avisant mon institution bancaire.

## PAIEMENT

☐ Par prélèvements bancaires
(joindre un spécimen de chèque)

Par carte de crédit

☐ VISA ☐ MasterCard

Numéro de carte

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Date expiration MM/AA

| | |
|---|---|
| | |

Code de sécurité

| |
|---|
| |

Signature du détenteur :

_____

Un reçu officiel pour usage fiscal vous sera transmis pour tout don de 20 $ et plus. No ENR 11892 3317 RR0001