P.O. Box/C.P. 7029
Innisfil (Ontario) L9S 1A8
mailbox@canorth.org

Canadian Orthopaedic Foundation | Fondation Canadienne d'Orthopédie

Tel/Tél. : 1-800-461-3639
Fax/Téléc. : 416-352-5078
www.canorth.org

FORMULAIRE DE DON

Faites un don pour favoriser la santé des os et des articulations, adhérez au programme de dons mensuels ou encore donnez en l'honneur d'une personne spéciale (soulignez une occasion spéciale, comme un anniversaire ou un mariage, ou optez pour un don commémoratif). Veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le poster ou le télécopier aux coordonnées ci-dessus. Vous pouvez aussi composer notre numéro de téléphone, puis demander le poste 4 (ayez votre carte de crédit à portée de la main).

1re étape – Coordonnées du donateur (adresse où envoyer le reçu aux fins de l'impôt)
[Un reçu aux fins de l'impôt est automatiquement émis au plus tard le 28 février pour les dons de **20 $ et plus** traités pendant l'année civile précédente.]

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone ____-____-____ Courriel _____

La Fondation Canadienne d'Orthopédie compte sur la générosité des donateurs et des bénévoles pour concrétiser sa mission. La Fondation respecte votre vie privée et s'engage à ne pas vendre, louer ou prêter sa liste ni à l'échanger avec quiconque. Visitez notre site Web, à www.canorth.org, pour obtenir une copie de notre politique de confidentialité.

2e étape – Détails sur le don

Don unique

£ 25 $ £ 50 $ £ 100 $ £ _____$ £ 206 $ pour mes 206 os
(Donnez 206 $ ou plus pour être reconnu comme donateur du Club206.)

Don mensuel Montant : _____$
J'autorise la Fondation Canadienne d'Orthopédie à porter le montant de ce don mensuel à mon compte de crédit.

Signature : _____

Don commémoratif Montant : _____$

£ En l'honneur de… £ À la mémoire de… _____ (Nom)

Envoyez un avis de don à : _____
Nom, adresse, ville, province et code postal

Note personnalisée : _____

3e étape – Paiement – Joignez un chèque au présent formulaire ou fournissez les renseignements suivants relatifs à votre carte de crédit

£ Chèque (Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la **Fondation Canadienne d'Orthopédie**.)

£ Carte de crédit £ VISA £ MasterCard

Numéro *Date d'expiration*

___ ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___ ___ ___ / ___ ___
Mois *Année*

Nom du détenteur _____

Signature _____

£ Je souhaite que mon don reste anonyme.

£ Je souhaite que mon nom et ma contribution soient cités quand vous soulignez les dons reçus.

£ Veuillez me faire parvenir des renseignements sur le don par anticipation.

Postez ou télécopiez le présent formulaire à : Fondation Canadienne d'Orthopédie
C.P. 7029, Innisfil (Ontario) L9S 1A8 Téléphone : 1-800-461-3639 Télécopieur : 416-352-5078
Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 89059 4740 RR0001