

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Tel.(Res.) \_\_\_\_\_ Tel.(Cell.) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Langue de communication  Français  Anglais

Je désire recevoir l'infolettre de la Fondation québécoise du sida

## VOTRE DON

12 \$/mois  20 \$/mois  40 \$/mois  50 \$/mois  100 \$/mois

Autre montant mensuel \_\_\_\_\_  Montant ponctuel \_\_\_\_\_

Le montant mensuel minimal est 8 \$. Il est possible de faire des dons bimestriels.

## MODE DE PAIEMENT

### Paie ment par chè que

Joindre le chè que au formulaire

### Paie ment par carte de crédit

Visa  Mastercard

Numéro de la carte \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

### Prê le vement bancaire

Numéro de la banque \_\_\_\_\_ Succursale \_\_\_\_\_

Numéro de transit \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_

Date de prê le vement (pour dons mensuels seulement)  05/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ OU  15/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\*\*\* Votre don peut être annulé ou modifié en tout temps . Un reçu fiscal vous sera envoyé en début d'année pour tout don de plus de 21 \$.

J'autorise la Fondation québécoise du sida à prê le ver la somme sélectionnée de mon compte bancaire ou de ma carte de crédit.

Signature \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

### FONDATION QUÉBÉCOISE DU SIDA

1, rue Sherbrooke Est Montréal (QC) H2X 3V8  
514 842-4004 — info@fqsida.org — fqsida.org  
Numéro de charité 14060 7490 RR00041

La Fondation québécoise du sida lutte contre le VIH/sida  
en finançant des organismes locaux reconnus.