Fondation Docteur Camille-Marcoux

FORMULAIRE DE DON ET D'ADHESION

Remplir et poster ce formulaire à l'adresse suivante :

Fondation Docteur Camille-Marcoux
1070, boulevard Dr Camille-Marcoux, C.P. 130
Blanc-Sablon (Québec) G0G 1W0
Téléphone: (418) 461-2144
Télécopieur: (418) 461-2583
Courriel : fondation.camille-marcoux.09bcn@ssss.gouv.qc.ca

Nom du donateur :	
Adresse :	
Ville :	Province :
Code postal :	Téléphone :
Courriel :	

Montant du don :

Je désire que mon don soit dédié à :

- ☐ Dotations socio-sanitaires (Point de service de la Basse-Côte-Nord – ex. : équipements médicaux)
- ☐ Attribution de bourses d'études (Commission scolaire du Littoral)
- ☐ Selon les priorités de la Fondation Docteur Camille-Marcoux

Informations additionnelles :

- ☐ Je désire un reçu aux fins de l'impôt (10 $ ou plus)
- ☐ Je désire devenir membre de la Fondation Docteur Camille-Marcoux (5 $ par année – de janvier à décembre)

Mode de paiement :

☐ Chèque (à l'ordre de la Fondation Docteur Camille-Marcoux) ☐ Mandat-poste ☐ Comptant

Signature : _____ Date: _____

POUR LES EMPLOYÉS SEULEMENT :

☐ **Retenue sur salaire**

Je souscris à la Fondation Docteur Camille-Marcoux la somme de _____ $ par paie, à compter du _____. Par la présente, j'autorise mon employeur _____ à déduire de mon salaire la somme indiquée à titre de contribution à la Fondation Docteur Camille-Marcoux. Cet engagement est valide pour une période de ____ mois. Il est entendu que je pourrai révoquer et/ou modifier cette contribution sur un simple avis écrit remis à mon employeur et/ou à la Fondation Docteur Camille-Marcoux.

Signature : _____ Date: _____

Numéro de charité enregistré : 0424895-09-06