



FONDATION DE
l'Hôpital régional
DE SAINT-JÉRÔME

Formulaire de don mensuel pré-autorisé

Veillez faire parvenir le formulaire et votre spécimen de chèque à l'adresse suivante :

Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme
290, rue Montigny
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T

Téléphone : 450-431-8484
Télécopieur : 450-431-8336
No. d'organisme 1328607078RR0001

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Votre nom _____ Téléphone () _____
Adresse _____ Ville _____
Province _____ Code postal _____ Courriel _____

VEUILLEZ INDIQUER VOTRE MODE DE PAIEMENT :

Débit bancaire (veuillez indiquer **SPECIMEN** sur votre chèque et le joindre avec votre formulaire)

Nom de l'institution financière : _____

No. d'institution _____ No. de succursale _____ No. de compte _____

Paiement par carte de crédit

VISA ou Mastercard No. de carte _____ Expiration (MM/AA) ____/____

INFORMATION SUR LE DON :

Veillez inscrire le montant de votre don périodique et la date à laquelle celui-ci doit être prélevé sur votre compte.

Montant _____ \$ Prélevé le 1^{er} ou 15 de chaque mois

MODALITÉS ET CONDITIONS

1. Vous pouvez annuler cet engagement par un préavis écrit de 30 jours.
2. La Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme peut annuler verbalement cet engagement à tout moment et le cas échéant vous en avisera par écrit.
3. Je m'engage à informer la Fondation de tout changement relatif à mon compte bancaire ou de crédit.
4. J'autorise l'institution financière mentionnée ci-dessus à payer, par débit de mon compte, le montant relatif à mon don mensuel à la Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.
5. J'accepte les présentes conditions de prélèvement et désire bénéficier de ce service. J'autorise la Fondation à transmettre à mon institution financière les renseignements ci-dessus.
6. Le présent formulaire doit être signé par le titulaire du compte. Dans le cas d'un compte à signataires multiples, toutes les personnes doivent signer.

Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____