

Logo de
l'entreprise ici

Gagnez du temps grâce à
notre formulaire de don
en ligne sécurisé !



FORMULAIRE DE DON

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Prénom	Second	Nom de famille	No. de employé
<input type="text"/>			
Adresse du domicile		Ville	Province
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. maison	Tél. travail		Adresse de courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Voici comment distribuer mon don :



A Je veux sauver des vies et aider à combattre la maladie dans ma collectivité. Veuillez répartir mon don de façon égale entre les 17 organismes de bienfaisance membres de PartenaireSanté :

B et/ou un ou plusieurs des organismes suivants :

<input type="text" value="\$"/> Coeur + AVC	<input type="text" value="\$"/> Fibrose kystique Canada	<input type="text" value="\$"/> Société canadienne de la sclérose en plaques
<input type="text" value="\$"/> Commission de la santé mentale du Canada	<input type="text" value="\$"/> Fondation canadienne du foie	<input type="text" value="\$"/> Société canadienne de la SLA
<input type="text" value="\$"/> Crohn et Colite Canada	<input type="text" value="\$"/> La Fondation canadienne du rein	<input type="text" value="\$"/> Société canadienne de l'hémophilie
<input type="text" value="\$"/> Diabète Canada	<input type="text" value="\$"/> L'Association pulmonaire	<input type="text" value="\$"/> Société canadienne du cancer
<input type="text" value="\$"/> Diabète Québec	<input type="text" value="\$"/> Parkinson Canada	<input type="text" value="\$"/> Société de l'arthrite
<input type="text" value="\$"/> Dystrophie musculaire Canada	<input type="text" value="\$"/> Société Alzheimer Canada	<input type="text" value="\$"/> Société Huntington du Canada

Montant total du don à PartenaireSanté (A+B)=

Voici comment je souhaite faire mes dons :

RETENUES À LA SOURCE : Remplissez la section ci-après.

COMPTANT CHÈQUE*

Veillez faire les chèques à l'ordre de PartenaireSanté. Des reçus seront remis en février.

CARTE DE CRÉDIT

VISA
MC
AMEX

EXP

/

Une fois ou Mensuel pour 12 mois

Veillez prendre note que si vous faites votre don au moyen de retenues sur salaire, vous devez remplir la présente section.
À être traité par votre service de la paie. Les dons figureront sur votre formulaire T4 et sure le relevé 1 (Québec)

RETENUES À LA SOURCE
J'autorise mon employeur à retenir x périodes de paie pour un montant total

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Prénom	Second prénom	Nom de famille	Service
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Signature	Date	No. de employé	