

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"/> Coeur + AVC	<input type="text"/> Fibrose kystique Canada	<input type="text"/> Société canadienne de la sclérose en plaques
<input type="text"/> Commission de la santé mentale du Canada	<input type="text"/> Fondation canadienne du foie	<input type="text"/> Société canadienne de la SLA
<input type="text"/> Crohn et Colite Canada	<input type="text"/> La Fondation canadienne du rein	<input type="text"/> Société canadienne de l'hémophilie
<input type="text"/> Diabète Canada	<input type="text"/> L'Association pulmonaire	<input type="text"/> Société canadienne du cancer
<input type="text"/> Diabète Québec	<input type="text"/> Parkinson Canada	<input type="text"/> Société de l'arthrite
<input type="text"/> Dystrophie musculaire Canada	<input type="text"/> Société Alzheimer Canada	<input type="text"/> 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* Veuillez faire les chèques à l'ordre de PartenaireSanté. Des reçus seront remis en février.

CARTE DE CRÉDIT VISA MC AMEX

N° CARTE EXP

SIGNATURE

Une fois ou Mensuel pour 12 mois

Veuillez 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 **12** 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	