



FORMULAIRE DE DONS

Prénom		Nom de famille		No. de employé
Adresse du domicile				
Ville		Province		Code postal
Tél. travail		Adresse de courriel		

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 \$

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 20 organismes de bienfaisance membres de PartenaireSanté :

\$

B et/ou un ou plusieurs des organismes suivants :

\$	Cœur + AVC	\$	Fondation canadienne du foie	\$	Société canadienne de la sclérose en plaques
\$	Commission de la santé mentale du Canada	\$	INCA	\$	Société canadienne de la SLA
\$	Crohn et Colite Canada	\$	La Fondation canadienne du rein	\$	Société canadienne de l'hémophilie
\$	Diabète Canada	\$	L'Association pulmonaire	\$	Société canadienne du cancer
\$	Diabète Québec	\$	Ostéoporose	\$	Société canadienne du sang
\$	Dystrophie musculaire Canada	\$	Parkinson Canada	\$	Société de l'arthrite
\$	Fibrose kystique Canada	\$	Société Alzheimer Canada	\$	Société Huntington du Canada
				\$	Fondation Héma-Québec

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

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

RETENUES A LA SOURCE
J'autorise mon employeur à retenir

\$

Divisé également entre mes paies.

Signature

Date _____

Département