



Je souhaite faire un don mensuel au montant de : 50 \$ / mois 25 \$ / mois Autre montant : _____ / mois

Je souhaite faire un don unique au montant de : 500 \$ 250 \$ 100 \$ 50 \$ Autre : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Nom de l'entreprise (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____ Bureau : _____

Ville : _____ Province / État : _____ Code Postal / Zip _____

Pays : _____ Téléphone (domicile) : _____

Courriel : _____

Le reçu pour fin d'impôt doit être émis pour : un individu une entreprise

Les chèques et les mandats-poste doivent être libellés à l'ordre de L'ASSOCIATION CANADIENNE DU CANCER DU REIN.

Veuillez créditer ma carte de crédit du montant ci-dessus. (veuillez compléter les informations ci-dessous)

Information sur la carte de crédit : Visa MasterCard American Express

Nom figurant sur la carte : _____

Numéro de carte : _____ Date d'expiration : _____

*Code CVV : _____ Signature : _____

* Visa et MasterCard : Code à 3 chiffres imprimé à l'arrière de votre carte, sur le panneau de signature.

American Express : Code à 4 chiffres imprimé sur l'avant de votre carte. Il apparaît au-dessus et à la droite du numéro de la carte de crédit.

Type de don :

général

à la mémoire

en l'honneur

Don fait à la mémoire ou en l'honneur de : _____

Veuillez envoyer une carte de condoléance à :

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Bureau : _____

Ville : _____ Province / État : _____ Code Postal / Zip _____

Pays : _____ Téléphone (domicile) : _____

Courriel : _____

Signature(s) au bas de l'accusé de réception et message personnalisé : _____

Merci de soutenir Cancer du rein Canada

Ce don sera servira à l'avancement de la cause du cancer du rein.

Veuillez poster ce formulaire avec votre don à :

Cancer du rein Canada

925, boul. de Maisonneuve Ouest, bur. 279, Montréal, QC H3A 0A5

Numéro d'enregistrement de l'organisme

821670155 RR0001

J'aimerais recevoir de l'information sur le bénévolat au sein de Cancer du rein Canada. Veuillez me contacter à ce sujet.