



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

Je souhaite faire un don unique au montant de : 25 \$ 50 \$ 100 \$ 250 \$ 500 \$ Autre : _____

Nom de l'entreprise : _____

Nom du contact : _____

Adresse : _____ Bur. : _____

Ville : _____ Province: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

Courriel : _____

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

Veuillez prélever sur ma carte de crédit le 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 : _____

Type de don :

Général

À la mémoire

En l'honneur

Allocation du don :

Domaines prioritaires

Programmes de soutien

Recherche

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

Veuillez envoyer une carte à :

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ App./Bur. : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Message personnel et signature(s) _____

Merci de soutenir Cancer du rein Canada

Ce don viendra en aide aux patients atteints d'un cancer du rein au Canada