



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 : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ App. : _____

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

Veuillez poster ce formulaire avec votre don à :

Cancer du rein Canada

3050, boul. de la Gare, bur. 410, Vaudreuil-Dorion, QC J7V 0H1

Numéro d'enregistrement de l'organisme

821670155 RR0001