



FAIRE UN DON

**Veillez remplir les champs ci-dessous et imprimer le document.
Assurez-vous d'avoir rempli tous les champs obligatoires précédés d'un ***

COORDONNÉES DU DONATEUR

* Nom : _____ * Prénom : _____
* Adresse : _____ * App. : _____ * Ville : _____
* Code Postal _____ * Province : _____ * Pays : _____
* Courriel : _____ * No. Téléphone: _____

DON UNIQUE

* Montant du don : 25\$ 50\$ 75\$ 100\$ autre _____ \$

DON MENSUEL

* J'autorise L'Institut et Clinique MoCA à prélever chaque mois sur ma carte de crédit un montant de :

10\$ 15\$ 20\$ Autre _____ \$ (minimum 5.00\$)
 1er de chaque mois 15 de chaque mois À partir du (mois/année) : _____

MODALITÉS DE PAIEMENT

Chèque (Institut et Clinique MoCA) Mastercard Visa comptant

* No. de carte de crédit : _____ * Date d'expiration : _____

* Signature requise : _____

* Indiquez si vous désirez recevoir un reçu (minimum 20.00\$) : Oui Non

* Indiquez si vous désirez que votre don reste anonyme : Oui Non

Merci au nom de toute l'équipe de L'Institut et Clinique MoCA.

Par la poste:

4892, boul. Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2J2
www.mocaclinic.ca

Par télécopieur:

(450) 672-1443

Courriel :

accounting@mocaclinic.ca