

Ce don est fait au nom :

d'un particulier

d'une entreprise (vous trouverez ci-joint ma carte d'affaires; un reçu fiscal sera émis au nom de l'entreprise)

Nom de l'organisme (pour pouvoir recevoir un reçu fiscal)

M. M^{me} M^{lle} D^r Autre

Prénom :

Nom de famille :

Adresse :

Ville :

Province:

Code postal :

Téléphone : (Rés.)

(Bureau)

Courriel :

Oui! Je vais me joindre à ma communauté et m'associer à l'équipe dévouée de L'Hôpital d'Ottawa pour sauver des vies :

A Mon don sera : Mensuel Annuel

C'est avec fierté que je m'engage à donner :

1 200 \$ par année pendant 5 ans (100 \$ par mois)

2 000 \$ par année pendant 5 ans (166.67 \$ par mois)

5 000 \$ par année pendant 5 ans (416.67 \$ par mois)

\$ par année pendant an(s)

OU

B C'est avec fierté que je fais un don unique de :

1 200 \$

2 000 \$

5 000 \$

\$

Si vous **ne souhaitez pas** que vos prénom et nom apparaissent, veuillez choisir l'une des options suivantes :

Je souhaite conserver l'anonymat

Autre

OPTIONS DE PAIEMENT

1. CARTE DE CRÉDIT

Carte d'entreprise?

Oui

Non

Veuillez porter à mon compte :

VISA

M/C

AMEX

Nom sur la carte :

Numéro de carte :

Date d'expiration : /

Mensuel : Le montant sera prélevé le premier jour de chaque mois.

Un don unique

2. CHÈQUE : J'ai joint un chèque de \$ fait à l'ordre de La Fondation de l'Hôpital d'Ottawa.

3. DÉBIT BANCAIRE : Veuillez joindre un chèque annulé. Le montant sera prélevé le premier jour de chaque mois.

4. TITRES COTÉS EN BOURSE : Veuillez communiquer avec moi, car je voudrais en savoir plus sur cette possibilité.

5. Veuillez communiquer avec moi au sujet d'inclure L'Hôpital d'Ottawa dans mon testament.

6. J'aimerais recevoir un reçu par courriel.

Signature :

Date :

Veuillez prendre note que votre don mensuel sera traité **le premier jour ouvrable de chaque mois**. À la fin de l'année, vous recevrez un reçu officiel pour le plein montant de votre contribution annuelle.