☐ ***Oui! Je souhaite témoigner mon appui à la santé des enfants et des adolescents en faisant des dons mensuels à titre de membre du Club des oursons du CHEO.***

Ce don est fait au nom de: ☐ **un individu** ☐ **un organisme**

Nom (Dr/M. /Mme/Mlle/M. et Mme):_____ _____

Reçu pour les fins d'impôt émis à :_____

Adresse:_____ _____

Ville: _____ **Prov:** _____ **Code postal:** _____

Téléphone: Résidence_____ **Portable** _____ **Travail** _____

Courriel: _____

☐ J'aimerais recevoir mon reçu consolidé pour fins d'impôt par courriel.

S.V.P. choisir seulement l'une des deux options suivantes :

Dons par carte de crédit:

Mode de paiement : (cochez une seule case) ☐ Visa ☐ Mastercard ☐ American Express

* ☐ Traitement de mon don le 1er du mois *☐ Traitement de mon don le 15 du mois

___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___ Date d'expiration ___ ___ / ___ ___

Dons par débit de votre compte bancaire (S.V.P. joindre un spécimen de chèque annulé)

Nom de l'institution financière :_____
*Des frais administratifs bancaires seront chargés à la fin du.

Succursale/Numéro de transit du compte bancaire
___|___|___|___|___ - ___|___|___ -___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___

Je soussigné(e), à titre de détenteur (trice) du compte bancaire/carte de crédit, autorise la Fondation du CHEO à débiter mon compte pour un don <u>mensuel</u> au montant de _____$.

Je comprends que je peux, en tout temps, cesser mes dons mensuels, soit par un appel téléphonique ou par une note écrite à la Fondation du CHEO. Je comprends aussi que mes contributions sont déductibles d'impôt. Un reçu pour fins d'impôt me sera émis au début de la prochaine année civile.

Je reconnais que cette autorisation à la Fondation du CHEO constitue en soi ma livraison à l'institution financière/de crédit inscrite ci-dessus.

J'aurai droit à des recours si le débit de mon compte bancaire ne cadre pas avec les termes de cette entente. Par exemple, j'aurai le droit à un remboursement pour tout débit non autorisé ou qui n'est pas conforme à cette entente DPA (débit pré-autorisé). Pour obtenir toute information sur mes droits, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.cdbpay.ca.

Signature du détenteur (trice) du compte bancaire/carte de crédit **Date**

Prière de retourner votre formulaire par la poste ou télécopiez à :
Fondation du CHEO
415 Smyth Ottawa, ON K1H 8M8
Téléphone: 613-737-2780 • Téléc: 613-738-4818