



Formulaire pour dons mensuels

Veuillez imprimer ce formulaire puis envoyez-le:

Télec. **(902) 429-6563**

ou par la poste à:

**Société canadienne du cancer -
Division de la Nouvelle-Écosse
5826, Rue South
Halifax, NS B3H 1S6**

- Oui - Jé désire participer au programme mensuel de la Société canadienne du cancer "Friends For Hope". Voici mon don...**
- J'autorise la Société canadienne du cancer à prélever mensuellement mon don de _____\$ de mon compte de banque. (Veuillez inclure un chèque portant la mention [nul]).
- J'autorise la Société canadienne du cancer à porter mensuellement mon don de _____\$ à ma carte de crédit. (Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous.)

M Mme Mlle Docteur

Prenom: _____ Initiale: _____ Nom de famille: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone: _____ Adresse électronique: _____

Information de Carte:

Visa MasterCard

N° de la carte: _____

Date d'expiration: _____

Signature: _____

La Société canadienne du cancer respecte votre confidentialité. Nous protégeons vos informations personnel La Société peut contactez ultérieurement les personnes qui ont fait un don ou qui se sont inscrites á un événements afin de leur transmettre de l'information sur divers sujets. Si vous désirez pas que la Societe communique avec vous, nous respecterons votre volonté. Il suffit de nous en informer en communiquant avec nous par téléphone 1-800-639-0222 ou par couriel a ccs.ns@ns.cancer.ca

Vous recevrez votre reçu d'impot au mois de janvier pour tous dons fait durant l'année.
No d'enregistrement de charité 11882 9803 RR0009 (Canada)