



Nature du don : Général *In memoriam* En l'honneur Autre / spécifiez : _____

DON UNIQUE

Montant du don unique :

100 \$ 75 \$ 50 \$ 25 \$ Autre : \$
Spécifiez

DON MENSUEL

Montant du don mensuel :

50 \$ 20 \$ 10 \$ 5 \$ Autre : \$
Spécifiez

ⓘ Veuillez remplir le formulaire d'adhésion
au débit préautorisé au verso.

Méthode de paiement :

Afin de réduire nos coûts administratifs, nous vous proposons de faire un prélèvement sur votre compte bancaire plutôt que de porter le montant à votre carte de crédit. De cette façon, nous n'aurions pas à payer de frais aux institutions financières.

J'inclus un chèque à l'ordre
de la Société canadienne du cancer.

J'inclus un **spécimen de chèque** avec la mention « annulé ». J'autorise la Société canadienne du cancer à prélever le montant indiqué plus haut sur mon compte bancaire le 15^e jour de chaque mois.

Je préfère utiliser ma **carte de crédit**.

J'autorise la Société canadienne du cancer à prélever le montant indiqué plus haut sur ma carte de crédit le 15^e jour de chaque mois.

Information pour la carte de crédit

VISA MasterCard AmericanExpress

Nom sur la carte : _____

No. de la carte : _____

Date d'expiration : ____ / ____ (AA/MM)

Signature : _____

Information pour la carte *In memoriam* ou En l'honneur

Langue de la carte : Français Anglais

Nom du destinataire : _____

Adresse du destinataire : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Pays : _____

De la part de (vous pouvez signer la carte à titre individuel ou collectif) :

Texte qui doit apparaître sur la carte (optionnel) :

Adresse du donateur écrite dans la carte ?* : Oui Non

* Pour que la famille puisse vous remercier.

Nom de la personne décédée ou honorée :

Information du donateur pour le reçu fiscal

Français Anglais / Monsieur Madame

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone* : _____

Courriel : _____

Pour des fins de statistiques seulement, pourriez-vous indiquer l'année de naissance du donateur?

* Pour communiquer avec vous s'il y a un problème avec la carte de crédit.

Dans le cas de don collectif, il nous faut la liste de tous les donateurs pour émettre un reçu à chacun.

Un reçu fiscal sera automatiquement émis pour tout don égal ou supérieur à 10 \$, veuillez en faire la demande pour tout autre montant. Numéros d'enregistrement 118829803 RR0007 (Can.) 98-6001242 (E-U.)

Envoyez ce formulaire par télécopieur (514 255-2808) ou par la poste à votre bureau régional ou à :

Société canadienne du cancer

Division du Québec

5151, boul. de l'Assomption

Montréal (Québec) H1T 4A9

1 888 939-3333

cancer.ca



Adhésion au débit préautorisé Accord de DPA du payeur

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire - Information de contact

Nom de l'organisme Société canadienne du cancer	A/S ou courriel dons@quebec.cancer.ca	
Adresse (rue, ville, province) 5151, boul. de l'Assomption, Montréal, Québec	Code postal H1T 4A9	Téléphone 1 888 939-3333

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]), autorise la Société canadienne du cancer (SCC) à prélever le montant fixe indiqué au verso sur mon compte bancaire le 15^e jour de chaque mois.

Le tout constituant un DPA personnel d'entreprise

Renonciation :

Je renonce à recevoir un avis écrit confirmant des changements pour ce débit.

J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours civils. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA personnel et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un DPA d'entreprise, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du ou des titulaires

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (jj/mm/aaaa)
_____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	_____ Date (jj/mm/aaaa)

IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire.