



S.V.P. retournez le formulaire ci-dessous avec votre don à l'adresse suivante:

Société Alzheimer du Suroît
340, boul. Du Havre, suite 101
Salaberry-de-Valleyfield. QC J6S 1S6

Les donateurs de \$1000 et plus apparaîtront sous la catégorie "Patron d'Honneur" dans notre rapport annuel

Oui! Je veux faire un don

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

DON: Par l'apport d'un don à la Société Alzheimer du Suroit, vous nous aidez à offrir des services qui visent à améliorer le quotidien des personnes et des familles touchées par la maladie.

JE DÉSIRE FAIRE UN DON AU MONTANT DE:

- 10\$** *Par votre don, offrez* **du soutien**
- 20\$** *Par votre don, offrez* **un sentiment d'appartenance**
- 50\$** *Par votre don, offrez* **de l'amitié**
- 100\$** *Par votre don, offrez* **du courage**
- 250\$** *Par votre don, offrez* **de l'espoir**
- Autre montant: \$** _____



Ce don est **En mémoire de:** _____

Pour célébrer: _____

Nom et adresse de la famille à aviser:

Nom: _____

Adresse: _____

MEMBRE : S.V.P. cochez cette case si vous désirez être membre de la Société Alzheimer du Suroît pour une année:

(Membre individuel : Don annuel minimum de 10\$ • Membre familial : Don annuel minimum de 25\$)

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT :

J'effectue mon paiement par chèque payable à la SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU SUROÏT

J'effectue mon paiement par: MC VISA

Numéro de carte de crédit: _____ Date d'expiration: _____

Nom du titulaire de la carte: _____ Signature: _____

Un reçu conséquent pour usage fiscal sera émis

