



FORMULAIRE DE DON

Date : ____ / ____ / ____

NATURE DU DON

Don unique _____

Montant du don

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

Don mensuel* _____

Montant du don

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

- *J'autorise l'Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal à prélever le montant indiqué plus haut sur mon compte bancaire le 15e jour de chaque mois.

MÉTHODE DE PAIEMENT

- J'inclus un chèque à l'ordre de l'ACSM-Montréal

- Je préfère utiliser ma carte de crédit.

Un reçu fiscal sera automatiquement émis pour tout don égal ou supérieur à 20 \$.

Envoyez ce formulaire par télécopieur ou par la poste à :

ACSM-Montréal

55, av. Mont-Royal Ouest, bureau 605
Montréal (Québec) H2T 2S6

Information pour la carte de credit

VISA MASTERCARD

Nom sur la carte: _____

No. de la carte : _____

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

Signature : _____