

Programme de dons mensuels

Nom du donateur : _____ Titre (s'il y a lieu) : _____

Entreprise (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ QC Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Courriel : _____

ENGAGEMENT

Montant du don mensuel : _____ \$

Date du premier paiement (JJ/MM/AAAA) : _____

Date du dernier paiement (JJ/MM/AAAA) : _____

MODE DE PAIEMENT

- Chèque*

- Carte de crédit : *Visa* *MasterCard*

Numéro de carte : _____ Date d'expiration (MM/AA) : _____

Nom (titulaire) : _____ Code de sécurité (CCC) : _____

Signature : _____ Date : _____

Le reçu** émis au nom de (si différent du donateur) : _____

* Merci de joindre au formulaire un spécimen de chèque marqué « NUL ».

** Un reçu pour fins d'impôt sera émis une fois par année pour tout don de 50 \$ et plus.

Numéro d'enregistrement : 121134316RR0001

« Banques alimentaires Québec »

Agence de revenu du canada

ARC.gc.ca/bienfaisance