

FORMULAIRE DE DON

Don unique

Je souhaite offrir à la Clinique psychanalytique de Montréal un don de _____ \$ par :

1. Chèque (à l'ordre de la Clinique psychanalytique de Montréal)

2. Carte de crédit Visa MasterCard

No carte de crédit

Date d'expiration : ___ / 20 ___

Nom apparaissant sur la carte : _____

Signature : _____

Don mensuel

J'autorise la Clinique psychanalytique de Montréal à prélever le _____ de chaque mois, le montant de _____ \$, à partir du _____ (mois/année) jusqu'à _____ (mois/année).

1. mon compte bancaire (envoyez un « spécimen » de chèque)

2. ma carte de crédit Visa MasterCard

No carte de crédit

Date d'expiration : ___ / 20 ___

Nom apparaissant sur la carte : _____

Signature : _____

Type de dons personnalisés

1. Don personnel

2. Don anonyme

3. Don *In memoriam*

Nom & prénom : _____

4. Don en l'honneur de...

Nom & prénom : _____

Coordonnées du donateur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province/Pays : _____

Code postal : _____ No. de téléphone : _____

Courriel : _____

Veillez remplir et transmettre ce formulaire à la Clinique psychanalytique de Montréal :

Par la poste : 7000, chemin de la Côte-des-Neiges, Montréal (Québec), H3S 2C1

Par courriel : direction@clipsy-montreal.org

Un reçu officiel pour fin d'impôts sera émis pour un don de 25 \$ et plus, dès réception de votre don.