

Formulaire de don



Veuillez accepter mon don au montant de : _____ \$

Informations sur donateur et le reçu fiscal

Nom: _____ Prénom : _____

Titre : _____ Entreprise : _____

Adresse : _____

Ville/Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Informations sur le paiement

Mode de paiement

Par chèque * Par carte de crédit : Visa Mastercard

* au nom de la Clinique sociale de psychanalyse de Montréal

Détenteur de la carte : _____

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

Numéro de vérification (code de 3 chiffres) : _____

Faire parvenir ce formulaire par courriel (direction@clipsy-montreal.org) ou par la poste à :

Clinique sociale de psychanalyse de Montréal
7000, chemin de la Côte-des-neiges, Montréal (Québec) H3S 2C1

Merci de votre généreux soutien!