

## DON SIMPLE



(S.V.P. écrire en lettres moulées)

**Votre don fait la différence car il contribue au mieux-être des familles québécoises touchées par un assassinat ou un enlèvement.**

**Nous vous remercions de votre confiance et de votre générosité.**

Je veux faire un don de :		<input type="checkbox"/> 500 \$	<input type="checkbox"/> 250 \$
<input type="checkbox"/> 100 \$	<input type="checkbox"/> 75 \$	<input type="checkbox"/> 50 \$	<input type="checkbox"/> Autre \$
But du don :	<input type="checkbox"/> Services aux membres	<input type="checkbox"/> Fonds de dépannage	<input type="checkbox"/> Fonds de recherche

Est-ce la première fois que vous donnez à l'AFPAD?

Désirez-vous recevoir le bulletin de l'association par courriel?

## COORDONNÉES DU DONATEUR

Nom de l'organisme ou de l'entreprise :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Ville :	Province :
Code Postal :	Courriel :
Téléphone :	Télécopieur :

## MODE DE PAIEMENT

<input type="checkbox"/> Comptant	<input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de : AFPAD	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MasterCard
-----------------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------------

Nom du détenteur de la carte :

Numéro de carte de crédit :

Date d'expiration (mois/année) :	Code de vérification* :
----------------------------------	-------------------------

\*Le code de vérification pour Visa et MasterCard est un numéro à 3 chiffres imprimé à l'arrière de votre carte.

Signature :

*Un reçu officiel aux fins d'impôt sera remis pour un don de 10 \$ et plus.*

Poster à l'adresse suivante  
**AFPAD, 6540, rue Beaubien Est, bureau 300D, Montréal (Québec) H1M 1A9**