

DON COMMÉMORATIF



La force de l'entraide !

(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 désire faire un don de _____ \$ en mémoire de _____

But du don : Services aux membres Fonds de dépannage Fonds de recherche

Veillez aviser la famille du défunt de mon don. Oui Non

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 :

COORDONNÉES DE LA FAMILLE DU DÉFUNT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code Postal :

MODE DE PAIEMENT

Comptant

Chèque à l'ordre de : AFPAD

VISA

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