



# OUI! Je veux contribuer au Centre de santé du sein de L'Hôpital d'Ottawa!

Titre :  M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup>

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Rés.) \_\_\_\_\_ (Bureau) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## Tableau d'honneur pour le Centre de santé du sein de L'Hôpital d'Ottawa

Les dons de 5 000 \$ ou plus seront reconnus sur un mur spécial des donateurs.  
Les dons de 1 000 \$ ou plus par année seront inscrits dans notre  
Registre des dirigeants (faisant partie intégrante du Rapport Annuel).

### Mon don:

Pour votre commodité, une promesse de don peut s'échelonner sur une période d'un à cinq ans. Je désire donner :

- 1 000 \$ par année pendant \_\_\_\_\_ ans (83,34 \$ par mois)
- 5 000 \$ par année pendant \_\_\_\_\_ ans (416,67 \$ par mois)
- 10 000 \$ par année pendant \_\_\_\_\_ ans (833,34 \$ par mois)
- J'aimerais contribuer \_\_\_\_\_ \$ pendant \_\_\_\_\_ ans
- OU un don unique de \_\_\_\_\_ \$

SVP VOIR AU VERSO POUR DES RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE NOTRE PROGRAMME DE DONNÉS MENSUELS

### MODALITÉS DE PAIEMENT POUR LES DONNÉS UNIQUES

J'ai joint mon chèque de \_\_\_\_\_ \$ fait à l'ordre de **La Fondation de l'Hôpital d'Ottawa**  
OU

Veuillez porter à mon compte:  VISA  MASTERCARD  AMERICAN EXPRESS

Nom du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mois Année

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pour faire un don en ligne sécurisé, veuillez visiter notre site Web à l'adresse [www.fondationho.ca](http://www.fondationho.ca) et cliquer sur « Faire un don ». Veuillez affecter votre don au « Centre de santé du sein ».

