



## Oui, je veux contribuer au travail vital de La Fondation canadienne du rein.

### Voici mon don de :

20 \$     30 \$     50 \$     100 \$     Autre : \_\_\_\_\_

### Méthode de paiement :

Chèque     Visa     MasterCard     AMEX

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

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

### Je m'engage à donner la somme suivante chaque mois :

\$5     \$10     \$15     Autre : \_\_\_\_\_

le 1<sup>er</sup> de chaque mois **OU**     le 16 de chaque mois

*(Si vous choisissez la formule des prélèvements mensuels, veuillez envoyer un chèque portant la mention NUL.)*

### Veuillez m'envoyer un reçu fiscal : *(en caractères d'imprimerie, s.v.p.)*

Nom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

N° d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 10756 7398 RR0001

*Veuillez communiquer avec moi pour discuter des possibilités de bénévolat à La Fondation du rein.*

*Je voudrais de plus amples renseignements au sujet de La Fondation du rein.*

*Les renseignements que vous nous avez donnés sont utilisés à titre administratif pour émettre des reçus fiscaux. De temps à autre, il nous arrive de nous en servir pour prendre contact avec vous et vous informer de nos activités, événements ou opportunités de collecte de fonds au profit de la Fondation.*

*Si vous ne souhaitez pas être informé par la Fondation, nous avez la possibilité de nous le faire savoir en cochant la case ci-dessous.*

*Je ne souhaite plus voir mon nom apparaître sur les listes de contact de La Fondation canadienne du rein.*

*Pour de plus amples détails sur notre politique de protection des renseignements personnels, veuillez nous visiter en ligne à [www.rein.ca](http://www.rein.ca).*