

# JE VEUX CONTINUER À FAIRE UNE DIFFÉRENCE EN CONTRIBUANT...



fondation  
**Vivre**  
ma SANTÉ  
MENTALE

Grâce à mon don, les personnes vivant avec une problématique de santé mentale pourront reprendre du pouvoir sur leur maladie et se diriger vers une qualité de vie renouvelée!

Je souhaite devenir un donateur (veuillez cocher SVP)

Compagnon(100\$)  Collaborateur(250\$)  Associé(500\$)  Partenaire(1000\$)  Bienfaiteur(1500\$)  Affilié(2000\$)  Autre montant : \_\_\_\_\_  
(don minimum de 100\$)

## Je désire faire un don unique :

Je contribue par :

1. Carte de crédit



N° de carte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date d'expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mois Année

Code de vérification : 

--	--	--	--

  
(au dos de votre carte)

2.  Chèque (que je joins au formulaire) à l'ordre de *Fondation vivre ma santé mentale*

3.  En argent comptant

## Ou un don mensuel :

Je contribue par :

1. Carte de crédit



N° de carte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date d'expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mois Année

Code de vérification : 

--	--	--	--

  
(au dos de votre carte)

2. Prélèvement bancaire (Joindre un spécimen de chèque et le formulaire *ACCORD DE DPA DU PAYEUR*)

En prélèvement mensuels de \_\_\_\_\_ \$ X 12 = \_\_\_\_\_ \$  
Le 1<sup>er</sup> de chaque mois

**Coordonnées :** (Écrire en lettres moulées les coordonnées devant apparaître sur le reçu officiel pour fin d'impôts)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

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

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

ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE NOM SOIT PUBLIÉ?  OUI  NON

Faire parvenir ce formulaire et le spécimen de chèque, s'il y a lieu, à l'adresse suivante :

Fondation Vivre ma santé mentale  
420 de la Loire  
Alma, Québec, G8C 1K1