



Don mensuel

Veillez télécopier votre formulaire de don rempli
au Service des plaques porte-clés des Amputés de guerre.

Renseignements sur le donateur

Prénom : _____ Nom de famille : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Province ou État : _____ Code postal : _____ Pays : _____
Numéro de plaque porte-clés (optionnel) : _____

Don

J'aimerais verser à l'Association des Amputés de guerre un don mensuel de : _____

Votre don mensuel sera automatiquement prélevé de votre compte bancaire, ou encore,
porté à votre carte de crédit, **le premier jour de chaque mois.**

À porter à ma **carte de crédit**, à compter de : ____ / ____ (MM/AAAA)

Carte de crédit : 





Numéro de carte de crédit : _____ Date d'expiration : ____ / ____ (MM/AAAA)

À prélever automatiquement de mon **compte bancaire**, à compter de : ____ / ____ (MM/AAAA)

Banque : _____ Numéro de succursale : _____

Numéro de compte : _____

Votre reçu officiel vous sera envoyé au plus tard en février de l'an prochain.

Nous vous remercions de votre appui. **Tout** don est bienvenu.