**Famille de l’hôpital / Formulaire de don**

**Campagne annuelle de financement 2021 (du 29 juin au 31 août 2021)**

**Objectif : 12 000 $**

**Renseignements généraux**

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro d’employé \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Service / Unité \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone (Bureau) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone (Maison) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A) Retenues périodiques sur la paie (pour 26 périodes de paie)**

2 $ 🔿 5 $ 🔿 10 $ 🔿 15 $ 🔿 Autre choix\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ Total annuel \_\_\_\_\_\_\_\_\_ $

**B) Retenue unique sur la paie (Un seul montant)**

25 $ 🔿 50 $ 🔿 75 $ 🔿 100 $ 🔿 150 $ 🔿 200 $ 🔿 250 $ 🔿 Autre choix\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $

**C) Donation unique**

Carte de crédit  🔿  🔿 Chèque \* 🔿 Argent comptant 🔿

25 $ 🔿 50 $ 🔿 75 $ 🔿 100 $ 🔿 150 $ 🔿 200 $ 🔿 250 $ 🔿 Autre choix\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $

Numéro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ **# CVC** \_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* **Libellez votre chèque à l’ordre de la Fondation de l’HRE.**

 Vous recevrez un reçu pour fins d’impôts pour tout don de 10 $ et plus / (No d’enregistrement de charité : 14087 7101 RR0001)

**D) Prélèvements mensuels**

5 $ 🔿 10 $ 🔿 15 $ 🔿 20 $ 🔿 25 $ 🔿 50 $ 🔿 Autre choix\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $

**1) Par prélèvement bancaire 🔿 (joindre un chèque avec la mention « nul »)**

(J’autorise la Fondation de l’HRE à prélever dans mon compte:)

🔿 le 1er de chaque mois 🔿 le 15 de chaque mois à partir du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mois/année)

**2) Par carte de crédit 🔿**

**Carte de crédit**  🔿  🔿

**Numéro :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Expiration :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **# CVC 3 chiffres** \_\_\_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **# Téléphone** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*🔿* Oui J’accepte que mon nom apparaisse sur la liste officielle et publique des donateurs.

🔿 Non Nous présumons une réponse positive si aucune case n’est identifiée.

🔿 J’autorise la Fondation de l’Hôpital régional d’Edmundston à prélever ma contribution jusqu’à l’acquittement complet de mon don.

  **Votre T4 servira de reçu officiel puisque vos versements figureront sur celui-ci.**

**Signature Date**

**VOIR LES PRIX À L’ENDOS**

**27e Campagne annuelle de financement**

**Famille de l’hôpital 2021**

**Près de 2,525 $ en prix de participation**

********



**9e PRIX**

**Carte-cadeau de 100 $ - Digi Photo**



**10e PRIX**

**Carte-cadeau de 100 $ - Bijouterie Rino Martin**

**8e PRIX**

**Carte-cadeau de 100 $ - Bijouterie Rino Martin**

**7e PRIX**

**250 $ en argent comptant de la Fondation**



**1er PRIX**

**500 $ en argent comptant**

**2e PRIX**

**Donne un accès privilégié pour l’achat d’une passe de saison des Blizzards**

**Vous obtiendrez l’autre passe gratuite & un chandail autographié des joueurs.**

**6e PRIX**

**Nuitée pour deux personnes**

**(Avec un souper et une consommation)**

**5e PRIX**

**250 $ en argent comptant de la Fondation**

**4e PRIX**

**Carte-cadeau de 250 $ d’essence**

**Pétro Canada**

**3e PRIX**

**250 $ en argent comptant de la Fondation**