

Oui ! Je veux contribuer à Francofonds

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Mon don : _____ \$ (inclure chèque payable à Francofonds)

Mon don automatique : _____ \$ (encerclez : mensuel, biannuel ou annuel)

à partir du _____ (JJ/MM/AAAA)

(les dons automatiques par chèque et carte de crédit sont prélevés le 15^e jour du mois)

- Compte chèque (inclure chèque annulé)
- Déduction de paie DSFM
- MasterCard
- Visa

Numéro de carte : _____ Expire le : _____

Signature : _____

- Fonds général de Francofonds
- Je désigne mon don au fonds suivant (voir liste complète des fonds à www.francofonds.org)

J'autorise Francofonds à publier mon nom : oui non

Conformément aux exigences de Revenu Canada, nous vous demandons de signer ce qui suit :

Tous mes dons devront être détenus par Francofonds pendant une période d'au moins dix ans et seuls les intérêts générés sur ces dons peuvent être distribués.

Signature

Date

MERCI !

Numéro de charité : 11893 0502 RR0001


FRANCOFONDS
Notre vitalité assurée

605, rue Des Meurons, pièce 202
Saint-Boniface MB R2H 2R1
237-5852 ou 1-866-237-5852 – www.francofonds.org