






Prénom: \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Code Postale: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
 Courriel: \_\_\_\_\_  
 Employeur: \_\_\_\_\_

- Je fais un don à Centraide SDG depuis \_\_\_\_\_ ans.  Je prendrai ma retraite dans les prochaines années.  
 Oui, vous pouvez ajouter mon nom au programme de reconnaissance des donateurs.  Je souhaite rester anonyme.

Nous nous engageons à protéger la confidentialité de vos données.  
 De l'information sur notre Déclaration des droits des donateurs se trouve sur notre site web

## Comment donner?

- ARGENT OU CHÈQUE:** \_\_\_\_\_ \$ # Chèque: \_\_\_\_\_ attaché.
- PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE:** \_\_\_\_\_ \$ chaque mois à partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mm année  
 Veuillez fournir un chèque en blanc sur lequel sera inscrit NUL. Les prélèvements sont effectués le 15 de chaque mois.
- CARTE DE CRÉDIT:** \_\_\_\_\_ \$ chaque  mois\* ou  une fois = \_\_\_\_\_ \$  
 Les paiements sont effectués le dernier jour ouvrable de chaque mois.
-    Numéro de carte: \_\_\_\_\_ Date d'Expiration: \_\_\_\_\_
-  Signature: \_\_\_\_\_
- RETENUE SUR SALAIRE:** \_\_\_\_\_ \$  
 Chaque semaine (x52)  Toutes les 2 semaines (x26) or  Chaque mois (x12) = \_\_\_\_\_ \$  
 SVP compléter la partie inférieure du formulaire et le remettre à votre représentant de campagne.
- DONS DE TITRE** Un représentant de Centraide SDG vous contactera.

## Vous voulez savoir davantage sur Centraide SDG?

- Oui, j'aimerais recevoir des courriels contenant des nouvelles de Centraide SDG.
- S'il vous plaît sélectionnez vos intérêts:**
- Bénévolat  Impact sur la collectivité  Évènements à venir  Collectes de fonds  Notre implication dans la communauté

## UNE CHANCE DE GAGNER

# 2000 \$

Faites un don de 25 \$ pour être inscrit dans le tirage.  
 Recevez une autre chance à gagner si vous augmentez  
 votre contribution comparativement à l'an dernier.

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

### RETENUE SUR SALAIRE:

Si vous avez fait un don par Retenue sur salaire, veuillez remplir cette section et détacher.  
 Ce formulaire sera traité par votre représentant de campagne.

Nom: \_\_\_\_\_  
 # D'employé: \_\_\_\_\_  
 Département: \_\_\_\_\_  
 Signature: \_\_\_\_\_

J'autorise mon employeur à déduire:  
 \$ x  périodes de paie au total.  
 \$ (Le don total doit correspondre à la section  
 retenue sur salaire.)

\*NB : Si vous payez comptant ou par chèque, veuillez faire signer votre représentant de campagne ci-dessous afin de confirmer qu'il /elle a reçu votre don.