



FONDATION
HÔPITAL
RÉGIONAL
SAINT-JÉRÔME

FORMULAIRE DE DON MENSUEL PRÉAUTORISÉ

Veillez faire parvenir votre formulaire à l'adresse suivante :

Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme
290, rue De Montigny, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3
Téléphone : 450 431-8484 Télécopieur : 450 431-8336
N° d'organisme : 1328607078RR0001

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Votre nom :	Téléphone :
Adresse :	Ville :
Province :	Code postal :
Courriel :	

VEUILLEZ INDIQUER VOTRE MODE DE PAIEMENT

Débit bancaire (veuillez indiquer **SPÉCIMEN** sur votre chèque et le joindre au formulaire)

Nom de l'institution financière :

N° d'institution :

N° de succursale :

N° de compte :

Paiement par carte de crédit

Visa Mastercard

N° de carte

Expiration (MM/AA)

INFORMATION SUR LE DON

Veillez inscrire le montant de votre don périodique et la date à laquelle celui-ci doit être prélevé sur votre compte.

Montant : \$ Prélevé le : 1^{er} de chaque mois 15 de chaque mois Autre :

Ce don est fait au nom d'une : personne entreprise

MODALITÉS ET CONDITIONS

- Je peux révoquer cet engagement à tout moment, sur signification d'un préavis écrit d'au moins 30 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.
- La Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme peut annuler verbalement cet engagement à tout moment et, le cas échéant, vous en avisera par écrit.
- Je m'engage à informer la Fondation de tout changement relatif à mon compte bancaire ou de crédit.
- J'autorise l'institution financière mentionnée ci-dessus à payer, par débit de mon compte, le montant relatif à mon don mensuel à la Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.
- J'accepte les présentes conditions de prélèvement et désire bénéficier de ce service. J'autorise la Fondation à transmettre à mon institution financière les renseignements ci-dessus.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour plus d'informations, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.
- Le présent formulaire doit être signé par le titulaire du compte. Dans le cas d'un compte à signataires multiples, toutes les personnes doivent signer.

Signature : _____ Date : _____