

Oui, je veux contribuer au maintien et à l'amélioration des soins de santé ici, au Restigouche! - Yes, I want to contribute to the improvement and maintenance of health care in Restigouche!

Ci-joint mon don de - Enclosed is my contribution of: 100 \$ 50 \$ 25 \$ 20 \$ Je préfère donner - I prefer to give _____ \$

Reçu pour fins d'impôt au nom suivant - The following name for the tax receipt : M./Mr. Mme/Mrs. Autre/Other : _____

Prénom/Name : _____ Nom/Last name : _____

Adresse/Address : _____ Ville/City : _____

Prov. : _____ Code Postal/Postal Code : _____ Téléphone/Phone : (____) _____

Courriel/E-Mail : _____

Langue de préférence pour la correspondance/ Language preference for correspondence Français English

Oui, vous pouvez annoncer mon don sous le nom / Yes, you can announce this name:

_____ lors du Radiothon, sur les ondes des radios locales / during the Radiothon, on local community radio stations

9 h à 10 h / 9 to 10 10 h à 11 h / 10 to 11 11 h à 12 h / 11 to 12 12 h à 13 h / 12 to 1 13 h à 14 h / 1 to 2 14 h à 15 h / 2 to 3

Je préfère que mon don reste anonyme / No, I prefer that my donation be anonymous

Fondation des amis de la santé – Friends of Healthcare Foundation

C.P. – PO Box 880, Campbellton (N.-B.) E3N 3H3

 506-789-7016 www.fondationdesamisdelasante.ca - www.friendsofhealthcarefoundation.ca

MODE DE PAIEMENT – TYPE OF PAYMENT

Comptant – Cash Chèque (au nom de la Fondation des amis de la Santé – Cheque (made to the Friends of Healthcare Foundation)

  N°-No.: _____ EXP. : _____ / _____ CVC/CCV (3 chiffres, 3 digits)

Nom sur la carte – Name on card : _____