

Association pulmonaire du Canada

R E S P I R E Z

Merci pour votre généreux soutien!

Grâce à des dons comme le vôtre, l'Association pulmonaire du Canada est en mesure de :

- financer la prochaine génération de chercheurs canadiens dans le domaine de la santé pulmonaire,
- développer davantage de programmes et de ressources pour aider les Canadiens atteints d'une maladie pulmonaire à vivre leur vie au mieux,
- améliorer la compréhension des Canadiens en matière de santé pulmonaire et de comportements favorables à la santé pulmonaire, et
- militer en faveur de lois et de politiques favorables à la santé pulmonaire.

À PROPOS DE VOTRE DON

Vous trouverez ci-joint un don de :

☐ 35 \$ ☐ 50 \$ ☐ 100 \$ ☐ 250 \$ ☐ Autre montant : _____ \$

☐ Il s'agit d'un don mensuel.

☐ Il s'agit d'un don unique.

Vous recevrez un reçu fiscal pour les dons de 20 \$ ou plus. Les dons mensuels peuvent être annulés à tout moment. Les dons ne seront pas traités si les informations de paiement (au verso) ne sont pas complètes.

Type de don

☐ un cadeau général ou « juste parce que » ☐ un cadeau pour honorer une personne ou une occasion particulière

☐ un don commémoratif à la mémoire d'une personne décédée

POUR LES CADEAUX D'HOMMAGE

Quel est le nom de la personne que vous honorez ?

☐ Oui, je souhaite que l'APC envoie une carte en mon nom pour informer la personne ou la famille de mon don. Je souhaite que la ou les personnes suivantes reçoivent cette carte :

Prénom(s)

Nom(s) de famille

Adresse

Ville

Province

Code postale

Comment voulez-vous que la carte soit signée ? (du ou des noms) :

INFORMATIONS SUR LES DONATEURS

Prénom

Nom de famille

Adresse

Ville

Province

Code postale

Numéro de téléphone

Courriel

☐

à domicile

☐

mobile

☐

Tenez-moi au courant des travaux importants de l'Association pulmonaire du Canada.

INFORMATIONS DE PAIEMENT

☐

Je souhaite payer par cheque/mandat (payable à l'Association pulmonaire du Canada)

Je souhaite payer par :

☐

VISA

☐

MASTERCARD

☐

AMERICAN EXPRESS

Numéro de carte

Date d'expiration

CVV*

Nom du titulaire de la carte

Signature du titulaire de la carte

Pour votre protection, nous avons besoin le code de securite apparaissant au verso de votre carte de credit lorsque vous faites un don.

*(MC/Visa : Trois chiffres au verso de la carte ; AMEX : quatre chiffres au verso de la carte.

Veuillez envoyer ce formulaire par courriel (donations@lung.ca) ou par la poste au bureau de l'Association pulmonaire du Canada

L'Association pulmonaire du Canada
885 promenade Meadowlands, #502
Ottawa (ON) K2C 3N2, Canada

Avez vous des questions? info@lung.ca ou 1-888-566-LUNG (5864)

Association pulmonaire du Canada

R E S P I R E Z

Organisme de bienfaisance enregistre: 106862998RR0001