

# Association pulmonaire du Canada

# RESPIREZ

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

à domicile  mobile

Courriel

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 versos de votre carte de credit lorsque vous faites un don.

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

Veuillez envoyer ce formulaire par courriel ([donations@lung.ca](mailto: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](mailto: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