



DONS

Institut de santé positive pour aîné(e)s Inc.

Nom :		Tél :			
Adresse :		Ville :			
Province :		Code postal :		Courriel :	

OPTIONS DE PAIEMENT :

1. Don unique 25\$ 50\$ 150\$ 500\$ 1 000\$ Autre _____ \$

2. En ligne sur le site **Canadon.org** (un reçu vous sera émis au nom de l'ISPA) :
<https://www.canadahelps.org/fr/dn/70339>

3. En remplissant ce formulaire

Par chèque payable à l'**Institut de santé positive**

Par carte de crédit : Visa MasterCard American Express

No. de carte : _____

Date d'exp : _____ / _____ Code de vérification (CVV) : _____

Signature : _____

Numéro de charité de l'Institut : **13231 0384 RR0001**



Veuillez remettre ce formulaire
à la réception du RAFO au 3349 Navan, Orléans, K1W 0K7