

MERCI D'AVOIR AIDÉ MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) À FOURNIR UNE AIDE MÉDICALE D'URGENCE À DES PERSONNES EN DÉTRESSE DANS LE MONDE.

NOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____ COURRIEL _____

Au mois de février, après la clôture de l'année fiscale précédente, MSF compilera tous les dons dans un seul reçu fiscal pour tous les dons d'au moins 10 \$. Veuillez choisir la manière dont vous souhaitez recevoir votre reçu.

- Par la poste Par voie électronique
 Veuillez cocher ici si vous souhaitez recevoir des informations et des offres de MSF.

JE SOUHAITE FAIRE UN DON DE _____ \$.

- par chèque à l'ordre de **Médecins Sans Frontières Canada**.
 par carte de crédit :
 VISA MasterCard American Express

NUMÉRO DE LA CARTE _____

DATE D'EXPIRATION _____

SIGNATURE _____

Retournez ce formulaire à l'organisateur de l'événement ou envoyez votre don accompagné de ce formulaire à :

Médecins Sans Frontières
À l'attention de : Coordonnateur de la collecte de fonds communautaire
551 rue Adelaide Ouest, Toronto, ON M5V 0N8 Canada

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance :
 13527 5857 RR0001



MERCI D'AVOIR AIDÉ MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) À FOURNIR UNE AIDE MÉDICALE D'URGENCE À DES PERSONNES EN DÉTRESSE DANS LE MONDE.

NOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____ COURRIEL _____

Au mois de février, après la clôture de l'année fiscale précédente, MSF compilera tous les dons dans un seul reçu fiscal pour tous les dons d'au moins 10 \$. Veuillez choisir la manière dont vous souhaitez recevoir votre reçu.

- Par la poste Par voie électronique
 Veuillez cocher ici si vous souhaitez recevoir des informations et des offres de MSF.

JE SOUHAITE FAIRE UN DON DE _____ \$.

- par chèque à l'ordre de **Médecins Sans Frontières Canada**.
 par carte de crédit :
 VISA MasterCard American Express

NUMÉRO DE LA CARTE _____

DATE D'EXPIRATION _____

SIGNATURE _____

Retournez ce formulaire à l'organisateur de l'événement ou envoyez votre don accompagné de ce formulaire à :

Médecins Sans Frontières
À l'attention de : Coordonnateur de la collecte de fonds communautaire
551 rue Adelaide Ouest, Toronto, ON M5V 0N8 Canada

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance :
 13527 5857 RR0001



MERCI D'AVOIR AIDÉ MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) À FOURNIR UNE AIDE MÉDICALE D'URGENCE À DES PERSONNES EN DÉTRESSE DANS LE MONDE.

NOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____ COURRIEL _____

Au mois de février, après la clôture de l'année fiscale précédente, MSF compilera tous les dons dans un seul reçu fiscal pour tous les dons d'au moins 10 \$. Veuillez choisir la manière dont vous souhaitez recevoir votre reçu.

- Par la poste Par voie électronique
 Veuillez cocher ici si vous souhaitez recevoir des informations et des offres de MSF.

JE SOUHAITE FAIRE UN DON DE _____ \$.

- par chèque à l'ordre de **Médecins Sans Frontières Canada**.
 par carte de crédit :
 VISA MasterCard American Express

NUMÉRO DE LA CARTE _____

DATE D'EXPIRATION _____

SIGNATURE _____

Retournez ce formulaire à l'organisateur de l'événement ou envoyez votre don accompagné de ce formulaire à :

Médecins Sans Frontières
À l'attention de : Coordonnateur de la collecte de fonds communautaire
551 rue Adelaide Ouest, Toronto, ON M5V 0N8 Canada

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance :
 13527 5857 RR0001

