



FORMULAIRE DE DON | DONATION FORM

MERCI DE REMPLIR | THANK YOU FOR COMPLETING THIS FORM

Inscrire vos coordonnées ci-bas / Enter your contact information below

Nom / Name _____

Adresse / Address _____ Appt. _____

Ville / City _____ Code postal / Postal code _____

Courriel / Email _____

VOTRE DON | YOUR DONATION

Du fond du coeur, merci!



Thank you, from the bottom of our heart!

MODE DE PAIEMENT / PAYMENT METHOD

☐ CHÈQUE OU MANDAT-POSTE à l'ordre de la Fondation BMP
CHEQUE OR MONEY ORDER payable to the BMP Foundation

☐ VISA
MASTERCARD

☐ En Ligne / Online
fondationbmp.ca

N° de carte / Credit card number _____

Date d'expiration / Expiration date _____

Nom sur la carte / Name of cardholder _____

Téléphone / Phone number _____

Signature _____

☐ SVP me faire parvenir un reçu (don de 20 \$ et plus)
Please send me a receipt (donation of \$20 and over)

☐ Je souhaite recevoir mon reçu par courriel / Please send my receipt via email

Courriel / Email _____

OU / OR

PARTICIPEZ AU

PROGRAMME DE DON MENSUEL

ET FAITES DE LA SANTÉ UNE PRIORITÉ
DANS NOTRE RÉGION!

PARTICIPATE IN THE MONTHLY DONATION PROGRAM

AND MAKE HEALTH
A PRIORITY IN OUR REGION!

☐ J'autorise la Fondation BMP
à retirer au début de chaque mois
le montant suivant / I authorize the BMP
Foundation to withdraw at the beginning
of every month the amount of:



☐ À partir de mon compte bancaire
(joindre un spécimen de chèque)
From my bank account
(include a specimen cheque)

☐ À partir de ma carte de crédit
(remplir la section mode de paiement)
From my credit card
(complete the payment method section)

OUI
JE SOUHAITE
CONTRIBUER
YES
I WISH TO
CONTRIBUTE

Nous contacter Contact us

Fondation BMP Foundation
950, rue Principale
Cowansville, Québec
J2K 1K3
450 266-5548
fondationbmp.ca



En renvoyant ce formulaire accompagné d'un don, vous acceptez nos politiques de confidentialité concernant la récolte et l'utilisation de vos données personnelles. Pour plus de détails, consultez notre site Internet au www.fondationbmp.ca.
By returning this form with a donation, you agree to our privacy policies regarding the collection and use of your personal information. For more details, please visit our website at www.fondationbmp.ca.

Avez-vous vécu une belle histoire à l'Hôpital BMP? Valorisez un employé ou un département en nous transmettant votre témoignage :

Do you have a great story to share about the BMP Hospital? Promote an employee or a department by sending us your testimony:

La Fondation BMP pourrait partager votre beau commentaire dans ses communications. Si vous nous permettez de citer votre nom en le publiant, veuillez cocher ici. ☐

The BMP Foundation may share your beautiful comment in its communications. If you allow us to use your name in publication, please check here. ☐

