

N° DU SOLLICITEUR

ORGANISATION

 M. M^{me} D^r GRADE _____ AUTRE _____ DATE | A M J

NOM _____

PRÉNOM _____ 2^e PRÉNOM _____ NOM DE FAMILLE _____

ADRESSE DOMICILIAIRE OU POSTALE _____

VILLE _____ PROV. _____ CODE POSTAL _____

LANGUE DE CORRESPONDANCE Français Anglais ÂGE -18 18-24 25-40 41-55 +55**DISTRIBUTION DU DON - Choisir 1,2,3 ou 4 (ou une combinaison de chaque)****Des questions sur les coûts?**

Communiquez avec votre Centraide local.

Vous quittez votre poste? Communiquez avec un représentant de la CCMTGC au 1-877-379-6070 pour savoir comment vous pouvez continuer à appuyer la campagne.

Veillez fournir votre n° de tél. et/ou votre courriel au cas où nous devrions communiquer avec vous à cause d'un problème de traitement de votre demande.



Centraide.ca

1 MON CENTRAIDE LOCAL

Je veux que le Centraide Territoires du Nord-Ouest distribue mes fonds là où il aura le plus grand impact dans ma communauté.

\$ _____

ET/OU Distribue le montant suivant:

Amélioration des conditions de vie _____ \$

Réussite des jeunes _____ \$

Santé des gens et des collectivités _____ \$

N° D'IDENTIFICATION 0 1 4 0 5 Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.

RETENUES À LA SOURCE 26 X \$ = 1 TOTAL \$

2 AUTRE CENTRAIDE de _____

N° D'IDENTIFICATION _____ Consultez le calendrier de la CCMTGC pour la liste des codes.

RETENUES À LA SOURCE 26 X \$ = 2 TOTAL \$

iii PartenaireSanté HealthPartners

PartenaireSante.ca

3 JE SOUHAITE SAUVER DES VIES ET ÉRADIQUER DES MALADIES DANS MA COMMUNAUTÉ. Diviser le montant auprès des 16 organismes**ET/OU** un ou plusieurs des organismes suivants :

Association canadienne du diabète _____ \$

Crohn et Colite Canada _____ \$

Dystrophie musculaire Canada _____ \$

Fibrose kystique Canada _____ \$

Fondation canadienne du foie _____ \$

Fondation des maladies du cœur _____ \$

L'association pulmonaire _____ \$

La Fondation canadienne du rein _____ \$

La société de l'arthrite _____ \$

Parkinson Canada _____ \$

Société Alzheimer du Canada _____ \$

Société canadienne du cancer _____ \$

Société canadienne de la sclérose en plaques _____ \$

Société canadienne de l'hémophilie _____ \$

Société Huntington du Canada _____ \$

SLA Canada _____ \$

N° D'IDENTIFICATION 01555

RETENUES À LA SOURCE 26 X \$ = 3 TOTAL \$

4 AUTRES ORGANISMES DE BIENFAISANCE CANADIENS ENREGISTRÉS Don minimum de 26 \$ par organisme

Consultez la liste des organismes sur arc.gc.ca.

ORGANISME ou nom du programme, le cas échéant _____ N° D'ENREGISTREMENT/NE _____ \$

_____ \$

_____ \$

N° D'IDENTIFICATION 0 1 4 0 5 La case 4 comporte le même code que votre Centraide local parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés.

RETENUES À LA SOURCE 26 X \$ = 4 TOTAL \$

DON TOTAL

1 + 2 + 3 + 4 = TOTAL \$

DONS DE CHEF DE FILE SEULEMENT JE NE VEUX PAS que mon nom figure au tableau d'honneur des chefs de file mais JE VEUX que vous m'envoyiez des renseignements sur les activités. JE NE VEUX PAS que mon nom figure au tableau d'honneur des chefs de file et JE NE VEUX PAS que vous m'envoyiez des renseignements sur les activités.**VOICI COMMENT JE VEUX FAIRE MON DON**

Merci

RETENUES À LA SOURCE* **COMPTANT** **CHÈQUE** N° du chèque : _____ Date du chèque : _____ Libellez le chèque à Centraide – CCMTGC _____ \$ **CARTE DE CRÉDIT** Visa MC Amex Inscrivez votre numéro de téléphone et votre courriel personnels dans la section de l'adresse au haut de ce formulaire.N° de la carte _____ DATE D'EXPIRATION MM/AA **DON MENSUEL** par carte de crédit de _____ \$ pendant 12 mois, à compter du 15 janvier, pour un montant total de _____ \$Signature _____ **DON PONCTUEL** par carte de crédit au montant de _____ \$**Autres formes de don :** Pour savoir comment faire un don d'assurance-vie, d'actions ou léguer des biens personnels, communiquer avec un représentant de votre Centraide local.***REPLIR CETTE SECTION — LES RETENUES À LA SOURCE**

ATTN: FOURNI CE FORMULAIRE (ENTIÈREMENT) À CATHERINE KRAKOWIAK, CANNOR R

FIRST NAME

LAST NAME

PRI/REG

INDIQUEZ ICI COMMENT RÉPARTIR VOTRE DON PAR RETENUES À LA SOURCE.

J'autorise une retenue de _____ \$ X 26 périodes de paie,

pour un don total de TOTAL \$

1 TOTAL \$ 0 1 4 0 5

2 TOTAL \$ 0 1

3 TOTAL \$ 0 1 5 5 5

4 TOTAL \$ 0 1 4 0 5

N.B. : La case 4 indique le même code que votre Centraide local parce que cet organisme traite et distribue les dons destinés aux autres organismes de bienfaisance enregistrés.

SIGNATURE DU DONATEUR

X

DATE

A M J

*Les données ci-dessus servent aux fins d'autorisation des retenues à la source et d'affectation des dons. Ces renseignements seront inscrits au fichier de renseignements personnels PSE 904. La CCMTGC protège la vie privée de ses donateurs. Les renseignements personnels ne sont pas communiqués sans autorisation écrite, sauf en cas d'obligation légale. Consultez www.gcwc-ccmtgc.org.