



N° DU SOLLICITEUR

ORGANISATION

M.  M<sup>me</sup>.  D<sup>r</sup>. Rang/Autre \_\_\_\_\_ Date | A | M | J |

Nom \_\_\_\_\_ Communication  Tél.  Courriel Préférence linguistique  anglais  français  
prénom second prénom nom

Adresse domiciliaire \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° de téléphone personnel ( ) \_\_\_\_\_ N° de téléphone au travail ( ) \_\_\_\_\_  
requis pour les dons par carte de crédit

Courriel personnel \_\_\_\_\_  
Requis pour les dons par carte de crédit et pour les reçus aux fins de l'impôt, ainsi que pour recevoir les nouvelles de la campagne

J'aimerais recevoir des nouvelles de la Campagne de charité en milieu de travail du gouvernement du Canada

**DISTRIBUTION DU DON - Choisir 1,2,3 ou 4 (ou une combinaison de chaque)**



Centraide.ca

**1 MON CENTRAIDE LOCAL**

ET/OU Attribuez mon don là où il soutiendra :

Mon CENTRAIDE local distribuera mon don là où il aura l'impact le plus important dans ma communauté. \_\_\_\_\_ \$

Santé des gens et des collectivités \_\_\_\_\_ \$  
Amélioration des conditions de vie \_\_\_\_\_ \$  
Réussite des jeunes \_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION \_\_\_\_\_ 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. ET/OU un ou plusieurs des organismes suivants :**

Diviser le montant auprès des 16 organismes \_\_\_\_\_ \$

Cœur + AVC \_\_\_\_\_ \$  
Crohn et Colite Canada \_\_\_\_\_ \$  
Diabète Canada \_\_\_\_\_ \$  
Dystrophie musculaire Canada \_\_\_\_\_ \$  
Fibrose kystique Canada \_\_\_\_\_ \$  
Fondation canadienne du foie \_\_\_\_\_ \$  
La Fondation canadienne du rein \_\_\_\_\_ \$  
La société Alzheimer du Canada \_\_\_\_\_ \$

La société canadienne de la SLA \_\_\_\_\_ \$  
La Société de l'arthrite \_\_\_\_\_ \$  
L'Association pulmonaire \_\_\_\_\_ \$  
Parkinson Canada \_\_\_\_\_ \$  
Société canadienne de la sclérose en plaques \_\_\_\_\_ \$  
Société canadienne de l'hémophilie \_\_\_\_\_ \$  
Société canadienne du cancer \_\_\_\_\_ \$  
Société Huntington du 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 [canada.ca/organismes-bienfaisance-liste](http://canada.ca/organismes-bienfaisance-liste)

ORGANISME ou nom du programme, le cas échéant  
Fondation québécoise en environnement \_\_\_\_\_ \$  
N° D'ENREGISTREMENT/NE 107391971 RR0001 \_\_\_\_\_ \$  
\_\_\_\_\_ \$

N° D'IDENTIFICATION \_\_\_\_\_ 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 souhaite pas que mon nom soit publié au tableau d'honneur des Chefs de file, ni recevoir d'information supplémentaire comme donateur Chef de file

**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 \_\_\_\_\_ \$

**\*REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS AVEZ CHOISI LES RETENUES À LA SOURCE**

ATTENTION : Trésoriers de la campagne, traiter conformément aux indications du guide du trésorier

PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_ CIDP/MATR \_\_\_\_\_

**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 \$ **2** TOTAL \$ **3** TOTAL \$ **4** TOTAL \$  
0 1 \_\_\_\_\_ 0 1 \_\_\_\_\_ 0 1 5 5 5 0 1 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
X 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 [canada.ca/campagne-charite](http://canada.ca/campagne-charite).

NTL18G2