



Identification de l'employée ou de l'employé

Nom : _____ Prénom : _____

Organisation : _____

Numéro d'employé : _____

Courriel : _____

Adresse postale du lieu de travail : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Montant du don

Je veux faire un don de (choisir une des options suivantes)

☐ 5 \$ ☐ 10 \$ ☐ 15 \$ ☐ 20 \$ ☐ Autre _____ \$

Méthode de paiement

Indiquez une seule méthode de paiement

☐ Par retenue à la source

☐ Unique (une fois)

☐ Périodique (plusieurs fois)

Se termine

☐ Quand je vous en informerai

☐ Choisir une date de fin

Année _____ Mois _____ Jour _____

J'autorise mon employeur à effectuer la ou les retenues indiquées sur ma paie.
La fréquence de la retenue à la source correspond à celle de votre paie.

DATE _____ SIGNATURE REQUISE _____

☐ Par chèque

Libellez votre chèque à l'ordre du Comité Entraide.

☐ Par argent

☐ J'ai donné 1000 \$ et plus et j'autorise le Secrétariat Entraide à utiliser mes renseignements personnels dans le cadre du programme de reconnaissance des dons majeurs.

Répartition du don

Indiquez de quelle façon votre don doit être réparti

Organisme bénéficiaire	Montant
 Centraide	
01 CENTRAIDE QUÉBEC ET CHAUDIÈRE-APPALACHES	
02 CENTRAIDE DU GRAND MONTRÉAL	
03 CENTRAIDE ESTRIE	
04 CENTRAIDE OUTAOUAIS	
05 CENTRAIDE MAURICIE	
06 CENTRAIDE RICHELIEU-YAMASKA	
07 CENTRAIDE CENTRE-DU-QUÉBEC	
09 CENTRAIDE HAUTE-CÔTE-NORD-MANICOUAGAN	
10 CENTRAIDE GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	
11 CENTRAIDE LAURENTIDES	
12 CENTRAIDE LANAUDIÈRE	
13 CENTRAIDE SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	
14 CENTRAIDE BAS-SAINT-LAURENT	
15 CENTRAIDE GATINEAU-LABELLE-HAUTES-LAURENTIDES	
16 CENTRAIDE ABITIBI-TÉMISCAMINGUE ET NORD-DU-QUÉBEC	
17 CENTRAIDE SUD-OUEST DU QUÉBEC	
18 CENTRAIDE DUPLESSIS	



30 PARTENAIRESANTÉ-QUÉBEC	
31 L'ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC	
32 FIBROSE KYSTIQUE CANADA – QUÉBEC	
33 DIABÈTE QUÉBEC	
34 DYSTROPHIE MUSCULAIRE CANADA	
35 FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES SOCIÉTÉS ALZHEIMER	
36 CROHN ET COLITE CANADA	
37 FONDATION CANADIENNE DU FOIE	
38 LA FONDATION CANADIENNE DU REIN – DIVISION DU QUÉBEC	
39 CŒUR + AVC	
40 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE L'HÉMOPHILIE – SECTION QUÉBEC	
41 SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES – DIVISION DU QUÉBEC	
42 SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER – DIVISION DU QUÉBEC	
43 LA SOCIÉTÉ DE L'ARTHRITE – DIVISION DU QUÉBEC	
44 SOCIÉTÉ DE LA SLA DU QUÉBEC	
45 SOCIÉTÉ HUNTINGTON DU QUÉBEC	
46 PARKINSON CANADA – QUÉBEC	



60 CROIX-ROUGE CANADIENNE, QUÉBEC	
-----------------------------------	--

TOTAL 0.00 \$

Imprimez et signez votre formulaire de don, remettez-le à votre solliciteur dans une enveloppe. N'oubliez pas de joindre, s'il y a lieu, votre chèque ou argent.

Merci de votre générosité!