



**Partage
Humainitaire**

FORMULAIRE DE DON

Nom de famille		Prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Téléphone de jour		Courriel	

Je désire faire un don au montant de :

50 \$ 75\$ 100\$ 250\$ 500\$ Autre _____

Type de paiement :

Chèque libellé au nom de **Partage Humainitaire**

Contribution mensuelle :

Chèques postdatés

Vous trouverez ci-joint _____ chèques pour une contribution totale de _____ \$

Merci de tout cœur !