



F C M I
La Fondation canadienne
des maladies infectieuses

Foundation for Research &
Development in Infectious Diseases
F R D I D

Formule de dons

Merci de décider d'appuyer les fondations canadiennes des maladies infectieuses. Veuillez remplir la présente formule et l'envoyer par **télécopieur** au Bureau du secrétariat, au **(613) 260-3235** ou par la **poste** au **405-2197, chemin Riverside, à Ottawa (On) K1H 7X3**. Un reçu officiel aux fins de l'impôt sera posté automatiquement pour tout don de 20 \$ ou davantage.

INFORMATION SUR LE DONATEUR

Raison sociale de la société/fondation: _____

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Prov: _____ Code postal: _____

Numéro de tél.: (____) _____ - _____ Adresse de courriel: _____

DÉTAILS AU SUJET DU DON

Vous trouverez sous ce pli un chèque payable à La Fondation canadienne des maladies infectieuses.

Veuillez facturer ce don sur ma carte de crédit VISA Mastercard

Don de \$ _____ Numéro de la carte: _____

Date d'exp.: _____ Signature: _____

Nom qui figure sur la carte s'il est différent du nom ci-dessus: _____

RECONNAISSANCE DEMANDÉE

Veuillez compter mon don en souvenir ou en l'honneur de: _____

Veuillez aviser sa famille du don. Nom.: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Prov: _____ Code postal: _____

Numéro d'enregistrement à titre d'organisme de bienfaisance: 05336 004 83875002017

BUREAU DE DÉVELOPPEMENT

2511 Scotch Pine Drive
Oakville, ON L6M 4C3
tél. 905.827.6008 téléc. 905.827.5167
courriel info@researchid.com

BUREAU DU SECRÉTARIAT

405-2197 Riverside Drive
Ottawa ON K1H 7X3
tél. 888 699 5669 613 260 3233 téléc. 613 260 3235