



1, boul. Saint-Pierre Ouest CARAQUET (N.-B.) E1W 1B6
Téléphone : 506-726-2166
Télécopieur : 506-726-2188
fondation.caraquet@vitalitenb.ca
www.fondationenfantjesus.ca

[PROGRAMME DE DONS MENSUELS PARTENAIRES EN SANTÉ]

Information sur les dons mensuels



PROGRAMME DE DONS MENSUELS PARTENAIRES EN SANTÉ

Les avantages du don mensuel

Le don mensuel est un moyen simple et efficace de soutenir la Fondation Hôpital de l'Enfant-Jésus. En échelonnant votre contribution sur toute l'année, le programme de dons mensuels Partenaires en santé vous permet d'appuyer la Fondation de façon constante, sans vous soucier de formalités administratives chaque mois. Vos versements mensuels procurent également à la Fondation une base fiable de revenu qui lui permet de répondre aux besoins de l'hôpital en temps opportun.

Le programme de dons mensuels est accessible, efficace et pratique.

Accessible – Vous pouvez choisir de verser aussi peu que 10 \$ par mois pour commencer, ce qui correspond à 0,33 \$ par jour, et changer la vie d'une personne touchée par la maladie. Vous pouvez modifier ou suspendre votre don en tout temps, à votre convenance.

Efficace – Une source stable de revenu permet de procurer des soins de santé de qualité pendant des semaines, des mois et des années aux patients qui en ont besoin. Votre don mensuel permet aussi à l'hôpital de prévoir les projets et les améliorations de manière plus efficace afin de mieux servir les patients et la communauté.

Pratique – Que vous choisissiez un paiement par carte de crédit ou un prélèvement automatique à partir de votre compte bancaire, vous gardez toujours le contrôle du montant de vos dons mensuels.

Les avantages d'adhérer au programme de dons mensuels Partenaires en santé sont que :

- vous devenez une personne bienveillante qui contribue à la santé des gens de notre communauté;
- vous pourrez également profiter, tout comme vos proches, de ce précieux investissement lorsque vous en aurez le plus besoin;
- la souplesse du programme vous permet de prévoir votre budget, de fixer le montant du don qui vous convient le mieux et d'économiser du temps;
- en réduisant l'envoi de courrier, les frais de poste et les frais administratifs, davantage de fonds provenant des dons mensuels sont alloués aux soins aux patients, à la recherche, à la modernisation des équipements et à la formation du personnel;
- vous recevez une trousse de bienvenue lors de votre adhésion au programme;
- vous recevez un reçu fiscal annuel.

Les dons mensuels procurent à la Fondation Hôpital de l'Enfant-Jésus :

- une source de revenu stable et prévisible;
- un revenu qui permet de procurer des soins de santé et des services de qualité pendant des semaines, des mois et des années aux patients qui en ont besoin;
- la possibilité de planifier l'amélioration des services, des programmes et des équipements de l'hôpital en temps opportun et d'y investir;
- un revenu acquis à un coût administratif nettement inférieur à celui d'autres modes de collecte de fonds.

Les répercussions de vos dons

Nous vous ferons parvenir notre bulletin d'information afin de vous informer des progrès réalisés à l'hôpital et des répercussions de vos dons sur les patients, les employés et la communauté.

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU PROGRAMME DE DONS MENSUELS PARTENAIRES EN SANTÉ

Pour vous inscrire au programme de dons mensuels Partenaires en santé, vous n'avez qu'à remplir le formulaire; le montant que vous choisissez sera retiré automatiquement de votre compte bancaire chaque mois ou facturé à votre carte de crédit.

OUI, je veux adhérer au programme de dons mensuels Partenaires en santé. Chaque mois, je veux donner :

10 \$ 15 \$ 20 \$ 30 \$ (1 \$/jour) Je préfère donner _____ \$ par mois.

Veuillez prendre note que votre don mensuel sera traité le 15e jour ouvrable de chaque mois. Vous recevrez un seul reçu aux fins de l'impôt, à la fin de l'année, pour le montant total de vos dons mensuels.

Prénom et nom _____

Téléphone _____ Courriel _____

Adresse _____

Signature _____ Date _____

OPTION 1

J'autorise la Fondation Hôpital de l'Enfant-Jésus à retirer ces dons de mon compte bancaire.

Je joins à la présente un chèque portant la mention « NUL ».

OPTION 2

Veuillez facturer ces dons à ma carte : VISA MasterCard

N° de la carte _____ Date d'expiration _____

Nom du détenteur de la carte _____

Ces dons sont faits au nom d'_____ un particulier / d'_____ une entreprise (veuillez préciser) :

Je souhaite faire un don confidentiel.

Je désire recevoir des renseignements sur les dons planifiés.

Je ne désire pas recevoir votre bulletin d'information.

Vous pouvez mettre fin à votre don mensuel ou changer le montant de votre don en tout temps en communiquant avec le bureau de la Fondation Hôpital de l'Enfant-Jésus au 506-726-2166 ou par courriel à l'adresse fondation.caraguet@vitalitenb.ca. Vous pouvez aussi communiquer avec nous par courriel au 1, boulevard Saint-Pierre, Caraquet (Nouveau-Brunswick) E1W 1B6

Merci de votre générosité !