

**DONS**  
**Rendez-vous des aînés francophones d'Ottawa**  
**en partenariat avec**  
**l'Institut de santé positive pour aîné(e)s Inc.**

NOM :					
ADRESSE :					
VILLE :		PROVINCE :		CODE POSTAL :	
COURRIEL :			TÉL :		

**OPTION 1 : Don unique de**  25 \$  50 \$  150 \$  500 \$  1 000 \$  autre \_\_\_\_\_ \$

**OPTION 2 : Dons mensuels**

- 12 mois X 10\$ pour un total de 120\$
- 12 mois X 25 \$ pour un total de 300 \$
- 12 mois X 50 \$ pour un total de 600 \$
- 12 mois X 100 \$ pour un total de 1 200 \$
- autre \_\_\_\_\_ mois X \_\_\_\_\_ \$ pour un total de \_\_\_\_\_ \$

**Veillez remettre ce formulaire à la  
billetterie du RAFO au**

**3349 ch. Navan, Orléans, K1W 0K7  
Tél: 613-834-6808**

[comptabilite@rafo.ca](mailto:comptabilite@rafo.ca)

[www.rafo.ca](http://www.rafo.ca)

**Signature d'engagement :** \_\_\_\_\_

**Paiement par :**  Chèque libellé à : **Institut de santé positive (projet RAFO)**  
 Paiement préautorisé de mon compte bancaire (joindre un chèque annulé)  
 VISA  MasterCard  American Express

No de carte: \_\_\_\_\_

Date d'exp. : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Code de vérification (CVV) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Je préfère faire ce don de façon anonyme.  Envoyer le reçu pour fins d'impôts à l'adresse ci-haut.

*Numéro de charité de l'Institut : 13231 0384 RR0001*