



## Formulaire de don de charité

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (résidence) \_\_\_\_\_

Téléphone : (travail) \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

### Méthode de paiement :

VISA  Mastercard  Mandat/Chèque (payable à ACTA)

Numéro de carte de crédit : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

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

(doit être signé pour être valide)

Veuillez ne pas communiquer mes coordonnées à d'autres organismes.

Nous vous remercions pour votre don!!

**Pour terminer votre inscription au plan de dons mensuels, veuillez envoyer ce formulaire rempli au bureau national par télécopieur ou par courrier.**

**Association canadienne des troubles d'apprentissage (ACTA)**

2420 Bank Street, Suite 20, Ottawa, ON K1V 8S

Tél : (613) 238-5721 | Courriel : info@ldac-acta.ca

www.ldac-acta.ca | numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 11901 0312 RR0001