



Fondation pour les personnes
déficientes intellectuelles
du Bas-Saint-Laurent
(Fondation du CRDI-TSA)

DON PAR DÉDUCTION À LA SOURCE

pour les employés du
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Oui, je veux soutenir Ma Fondation!

M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>
Prénom : _____ Nom : _____	
N° d'employé : _____ Titre : _____	
Département/local : _____ / _____ Tél : (bur) () - _____ Poste : _____	
Adresse : _____ App. _____	
Ville : _____ Province : _____	
Code postal : _____ Tél : (rés) () - _____	
Courriel : _____	

Pour être complet, le dossier doit contenir l'adresse en plus du numéro d'employé.

DON PAR PRÉLÈVEMENT SUR LA PAIE

Le montant du don annuel apparaîtra sur votre prochain relevé 1 et T-4.

NOUVEAU DONATEUR : Je désire contribuer (à chaque paie) pour un montant de :

(Don minimum par paie 2 \$) 2 \$ 5 \$ 10 \$ Autre montant : _____ \$

VOTRE DON PEUT AUSSI SE FAIRE PAR :

Visa Mastercard Chèque (à l'ordre de : Fondation pour les personnes déficientes intellectuelles du BSL)

CVC : _____

Date d'expiration : _____ / _____
M M / A A

Prélèvement mensuel de : _____ \$ Don annuel de : _____ \$

Déclaration et autorisation

- Je consens à ce que le CISSS du Bas-Saint-Laurent procède au prélèvement de ma contribution pour chaque période de paie.
- Je m'engage à vous aviser de tout changement relatif à mes renseignements personnels et professionnels.
- Je peux révoquer mon autorisation à tout moment.
- J'accepte que la fondation m'envoie des courriels pour m'informer de ses activités et ses événements à venir.

Signature : _____ Date : _____

Merci! Veuillez svp faire parvenir votre formulaire signé à : fondation.crdi-tsa.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

288, rue Pierre-Saindon, bur. 250, Rimouski (Québec) G5L 9A8,
Tél. bureau : (418) 723-4427 p.3041 • Tél. cellulaire : (418) 750-7837
www.fondationditsabsl.com • fondation.crdi-tsa.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca • NE : 18924737RR0001