



OFFREZ-LEUR LA
PREMIÈRE Classe



PREMIÈRE Classe

M. Mme Diplômé(e) du PSNM : Oui Non

Année de promotion : _____ **Don unique** Montant : _____ \$

DON

Nom		
Adresse		Ville
Province	Code Postal	Pays
Téléphone	Cellulaire	Courriel
Signature		Date

Veillez signer pour confirmer votre don ou votre promesse de don.

Employeur		
Profession		
Adresse		Ville
Province	Code Postal	Pays
Téléphone	Cellulaire	Courriel

PROMESSE DE DON

Je m'engage à verser la somme de _____ \$ par mois, pour une période de _____ mois, débutant le _____ pour un total de _____ \$.

Option supplémentaire pour le personnel du Pensionnat
 Déduction à la source

J'autorise la retenue sur mon salaire de _____ \$ par paie, sur une période de _____ paies, pour un montant total de _____ \$.

Reconnaissance publique ou anonyme

Je souhaite garder l'anonymat.
 Merci d'inscrire mon nom comme suit : _____

MODE DE PAIEMENT

Chèque(s) libellé(s) à la Fondation du PSNM

Veillez débiter ma carte de crédit :

Numéro de la carte	Date d'expiration
Nom inscrit sur la carte	
Signature	Date d'expiration

*Merci de votre
 généreuse contribution.*

* Un reçu officiel aux fins d'impôts sera émis pour les dons de 25 \$ et plus.

No d'enregistrement : 1190001-006-RR0001