



Alliance Canadienne des Arthritiques
 expérience · vision · voix

Montant versé \$ _____

EN LETTRES MOULÉES S.V.P.:

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____ App: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Pays: _____ Téléphone: _____

Chèque Mandat-poste

Payable à: L'Alliance Canadienne des Arthritiques

Type de don : Don à l'organisme Don à la mémoire de... Don en hommage à...

Don à la mémoire de: _____
 (personne décédée)

Don en hommage à: _____
 (nom de la personne à honorer)

Faire parvenir l'accusé de réception à:

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____ App: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Quel(s) nom(s) doivent apparaître sur l'accusé de réception?

Merci d'offrir votre soutien à l'Alliance Canadienne des Arthritiques!

Faire parvenir à:
 L'Alliance Canadienne des Arthritiques
 522 avenue University Suite 1002
 A/S: Jason Mail
 Toronto, ON M5G 1W7
 CANADA