

Yes, I want to support the important work of Ostomy Canada!

PLEASE ACCEPT MY CONTRIBUTION OF:

\$25 \$50 \$100 or \$ _____

I would like to make a monthly donation of \$ _____/month.

Please use my credit card information below

I am enclosing a cheque made payable to **Ostomy Canada Society Inc.**

Yes, I would like information on estate or planned gifts

Name: _____

Address: _____

City: _____

Province: _____ Postal Code: _____

E-mail: _____

Telephone: _____

Please charge my:   

Card Number: _____

Expiry Date: _____

Signature: _____

Name on card: _____

No, I do not wish to receive any electronic communications such as Newsletters or Webinar information from Ostomy Canada Society.

Note: If email is provided, an electronic tax receipt will be issued, otherwise it will be mailed for donations of \$25 or more.



Oui, je veux soutenir l'important travail de Ostomy Canada!

VEUILLEZ ACCEPTER MA CONTRIBUTION DE :

\$25 \$50 \$100 ou \$ _____

J'aimerais faire un don mensuel de \$ _____ /mois.

Veuillez utiliser les informations de ma carte de crédit ci-dessous

Je joins un chèque payable à **Société Canadienne des Personnes Stomisées Inc.**

Oui, j'aimerais obtenir des informations sur la planification successorale ou les dons planifiés.

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Province: _____ Code Postal: _____

Courriel: _____

Téléphone: _____

Veuillez facturer ma:   

Numéro de carte: _____

Date d'expiration: _____

Signature: _____

Nom sur la carte: _____

Non, je ne souhaite pas recevoir de communications électroniques telles que des bulletins d'information ou des webinaires de Stomie Canada.

N.B. : Si nous avons une adresse courriel, un reçu d'impôt électronique sera envoyé, sinon le reçu sera posté pour des dons de \$25 et plus.

