



Enclosed is my gift of \$35 \$50 \$100 I prefer to give \$ _____

I would like to contribute a monthly amount of \$ _____ TO BE DEDUCTED ON: 1st or 15th of the month

Name: _____ Telephone: _____

Address: _____

City/Town: _____ Province: _____ Postal Code: _____

E-mail: _____

I have enclosed a cheque made payable to the Friends of The Moncton Hospital Foundation Inc.

I prefer to use my: VISA Mastercard American Express


Card Number: _____ CVC: _____

Expiry Date (mm/yy): _____ Signature: _____

135 MacBeath Ave., Moncton, NB E1C 6Z8 Tel: 506-857-5488 Friends@HorizonNB.ca



 FriendsFoundation.ca/Donate

 506-857-5488

Let us know if you would like a confidential conversation or more information about gifts in Wills and legacy giving.

Charitable Registration: 11893 3134 RR0001

GIVING CHANGES CARE

We are grateful for you





VOS DONNS TRANSFORMENT LES SOINS.

Nous vous en sommes reconnaissants.

J'inclus un don de 35 \$ 50 \$ 100 \$ Je préfère donner _____ \$.

Je veux contribuer le montant mensuel de _____ \$. QUI SERA PRÉLEVÉ LE : 1^{er} ou le 15^e jour du mois.

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

J'ai libellé mon chèque au nom de la Fondation des Amis de L'Hôpital de Moncton Inc.

Je préfère acquitter cette somme avec : VISA Mastercard American Express


Numéro de carte : _____ CVC : _____

Expiration (mm/aa) : _____ Signature : _____

135, av. MacBeath, Moncton (N.-B.) E1C 6Z8 Tél. : 506-857-5488 Friends@HorizonNB.ca



 **FondationAmis.ca**

 **506-857-5488**

Contactez-nous pour avoir un entretien confidentiel ou des détails sur les dons par testament et les legs.

N° d'organisme de bienfaisance : 11893 3134 RR0001

