



Association nationale des infirmières et infirmiers en soins périanesthésiques du Canada

**CERTIFICATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SOINS
PÉRIANESTHÉSQUES**

*1506, Craigeith Road,
Oakville, Ontario L6H 7W3*

*Tél. / téléc. : (905) 257-7522
Courriel : info@napanc.org*

FORMULAIRE DE PROMESSE DE DON

Nom du donateur ou de la donatrice : _____

Nom de la personne contact et département ou service (dans le cas d'un organisme ou d'un hôpital) : _____

Adresse : _____

Ville et code postal : _____, _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Courriel : _____

Veillez indiquer le type de commandite que vous souhaitez offrir pour la certification des infirmières et infirmiers en soins périanesthésiques du Canada :

Commandite en argent : _____ (valeur) \$ _____

Commandite sous forme de cadeau (ex. : rabais ou gratuité sur chambre d'hôtel, rabais ou gratuité sur bon de voyage) : _____

(valeur) \$ _____ N° de bon : _____

Autre commandite sous forme de coupon, billet ou bon d'échange :

(valeur) \$ _____ N° de bon : _____

Autre (préciser) : _____ (valeur) \$ _____

Mode de paiement (commandite en argent) : Chèque Argent comptant Carte de crédit

(Veuillez compléter les renseignements suivants)

Renseignements sur votre carte de crédit :

Nom apparaissant sur la carte de crédit _____

Numéro de carte de crédit _____ Date d'exp. (mm/aa) ____/____

Signature (si vous nous faites parvenir ce formulaire par télécopieur ou par la poste)

Montant à prélever de votre carte de crédit : \$ _____

Veuillez expédier le formulaire à l'attention de :

Comité de financement de l'ANIPAc

1506, Craigleith Road

Oakville, Ont. L6H 7W3

Courriel : info@napanc.org

Tél. / téléc. : (905) 257-7522

Le formulaire est aussi disponible sur notre site Web au www.napanc.org : cliquer sur « Education », « Certification Examination », « Donations for Certification Examination » ou à la page d'accueil sous « Quick Links », « Certification Donations ».

Un reçu sera émis pour chaque don effectué.

Nous aimerions partager votre nom avec d'autres donatrices et donateurs potentiels. Si vous consentez à ajouter votre nom à la liste qui sera diffusée de façon continue dans notre bulletin trimestriel intitulé « Eye Opener » et à la liste de donateurs et donatrices qui sera ajoutée à la section « Certification/Donations for Certification », veuillez compléter ce qui suit :

Je, _____, consent à ce que soit ajouté mon nom dans le bulletin de l'ANIPAc intitulé « Eye Opener » et sur le site Web de l'ANIPAc au www.napanc.org .

Signature : _____ Date : _____

MERCI DE VOTRE SOUTIEN