

Yes, I would like to make a difference!

Name: Mr./Mrs./Ms./Miss _____

Company Name: _____

Address: _____

City: _____ Province: _____ Postal: _____

Phone: _____ Email: _____

I am enclosing a **one-time gift** of \$ _____

To: Greatest Need Equipment Other _____

Cheque payable to **WELLAND HOSPITAL FOUNDATION**

I would like to use my: Visa Mastercard AmEx

Card # _____ Exp. _____

Signature: _____

I have included a gift to Welland Hospital Foundation in my will.

I would consider leaving a gift to Welland Hospital Foundation in my will.

Consistent Giving Plan ID # _____

I would like to make a donation of \$ _____ starting in _____, 200_____

Monthly Quarterly Annually

By credit card (please complete the credit card section)

By pre-authorized payment through my chequing account and have enclosed a cheque marked VOID. I authorize Welland Hospital Foundation to withdraw these donations from my bank account.

Signature: _____ Date: _____

Total Pledge: \$ _____ or continue my pledge until otherwise notified by me. (I realize I can cancel my pledge at any time by contacting the foundation office.)

Consistent donors help keep the foundation's administration costs low by avoiding unnecessary mailing of pledge reminders and payments. This means more money goes to the Niagara Health System - Welland Hospital Site for equipment purchases, renovations and construction costs.

***For more information about Welland Hospital Foundation or to make a donation on-line, please visit
www.niagarahealth.on.ca/foundations and choose Welland Hospital Foundation***

Oui, j'aimerais faire ma part!

Nom : M/M^{me} _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Je joins un don unique de ___ \$ pour :
les besoins les plus urgents l'achat d'équipement autre

Chèque à l'ordre de la **FONDATION DE L'HÔPITAL DE WELLAND**

J'aimerais utiliser ma carte Visa MasterCard AmEx

N° de carte _____ Date d'exp. _____

Signature : _____

J'ai prévu un don à la Fondation de l'Hôpital de Welland dans mon testament.

Je songerais à faire un don à la Fondation de l'Hôpital de Welland dans mon testament.

Plan de dons réguliers

n°

J'aimerais faire un don de ___ \$ commençant en ____ 200__

mensuellement trimestriellement annuellement

par carte de crédit (veuillez remplir la section à cet effet)

par prélèvement automatique sur mon compte de chèques; j'ai inclus un chèque portant la mention NUL. J'autorise la Fondation de l'Hôpital de Welland à prélever ces fonds sur mon compte.

Signature : _____ Date : _____

Total de la promesse de don : ___ \$ ou continuer à prélever les fonds jusqu'à avis contraire. (Je comprends que je peux en tout temps annuler ma promesse de don en communiquant avec le bureau de la Fondation.)

Les dons réguliers permettent à la Fondation de réduire les frais administratifs occasionnés par l'envoi par la poste de rappels et de paiements. L'emplacement de l'Hôpital de Welland du Système de santé de Niagara recevra donc plus d'argent pour l'achat d'équipement et les travaux de rénovation et de construction.

Pour obtenir plus de renseignements sur la Fondation de l'Hôpital de Welland ou pour faire un don en ligne, visitez le site www.niagarahealth.on.ca/foundations et choisissez la Fondation de l'Hôpital de Welland.