

KARNAK SHRINERS PLAQUE PROGRAM



The KARNAK PLAQUE " program Shriners " was initiated to raise donations for the Patient Transportation Fund of the Shriners Hospital for Children-Canada. The first year your contribution of \$100 will earn you your first plaque as well as a year tag.

For all subsequent donations of \$100 you will receive your annual year tag. When it is full a new plaque will be given to you.

All donations received are tax deductible and a tax receipt will be issued to you. All proceeds go directly to the Patient Transportation fund.

You can participate in the Shiner Plaque program by completing the portion below and send it to indicated address

KARNAK SHRINERS
Plaques Program
 3350 blvd. des Sources,
 D.D.O, Québec H9B 1Z9

PREASE PRINT CLEARLY

Surname: _____	Name: _____
Address: _____	App.: _____
City: _____	Province/State: _____
Pays : _____	Postal / ZIP Code : _____
Phone : _____ - _____	E-mail : _____

Engraving will be as you have indicated below.

(Please print block letters)

X- _____

100\$ VISA ___ / MASTER CARD ___ NO: _____ EXP. ___ / ___ / ___ CVT ___

Automatic Annual renewal YES ___ NO ___ 1 Year ___, 2 Years ___, 3 Years ___, 4 Years ___, 5 Years ___

KARNAK SHRINERS PLAQUE PROGRAM



Le programme de "PLAQUE KARNAK SHRINERS" a été initié pour amasser des dons pour le fond du transport des patients de l'Hôpital des Shriners pour enfants - Canada. La première année votre contribution de 100\$ vous méritera votre première plaque ainsi qu'une plaquette indiquant l'année de votre contribution.

Pour tous les dons subséquents de 100\$ vous recevrez votre plaquette annuelle et lorsque celle-ci sera pleine une nouvelle plaque vous sera remise.

Tous les dons reçus sont admissibles à une déduction fiscale et un reçu pour fins d'impôt vous sera émis. Tous les dons sont remis au fond de transport des patients.

Vous pouvez participer au programme des Plaque Shriners en complétant la portion ci-dessous et la faire parvenir à l'adresse indiquée

KARNAK SHRINERS
 Programme des Plaques
 3350 boul. des Sources,
 D.D.O, Québec H9B 1Z9

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT

Prénom : _____ Nom : _____
 Adresse: _____ App. : _____
 Ville: _____ Province: _____
 Pays: _____ Code Postal: _____
 Téléphone : ____ - _____ Courriel : _____

La gravure sera comme vous l'avez indiqué ci-dessous.

(S.V.P en lettres moulées)

X- _____

100\$ VISA ___ / MASTER CARD ___ NO: _____ EXP. ___ / ___ / ___ CVT ___

Renouvellement automatique ___ 1 an ___, 2 ans ___, 3 ans ___, 4 ans ___, 5 ans ___