

FORMULAIRE DE PARTICIPATION

FONDATION HÔPITAL DE LA MALBAIE

**Conditionnel à l'obtention de la licence de La Régie des Alcools, des Courses et des Jeux du Québec*

LOTO SANTÉ
13^e édition 2025
CHARLEVOIX

COORDONNÉES

Nom, prénom : _____ No d'employé : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Tél. Domicile : _____ Cellulaire : _____ Tél. Travail : _____

Fonction (ex: médecin, retraité, etc.) _____

En complétant ce formulaire de participation, je m'engage à prendre connaissance des règlements reliés à cette loterie qui sont sur le site internet de la Fondation www.fondationhopitalmalbaie.org

MODES DE PAIEMENT

DÉDUCTION À LA SOURCE

Je désire participer à la Loto Santé Charlevoix 2025 par l'achat d'un billet de tirage au montant de 150 \$ et j'autorise mon employeur à prélever 6,25 \$ à compter de la paie no 2 qui sera déposée le 23 janvier 2025, et ce, pour une période de 24 paies. De même que, tout solde dû sur ma dernière rémunération advenant une fin d'emploi ou une absence prolongée. (Sujet à modification selon la date d'achat du billet)

Signature : _____ (obligatoire)

CARTE DE CRÉDIT

J'autorise la Fondation Hôpital de La Malbaie à prélever le montant de 150 \$ sur ma carte de crédit le 8 janvier 2025.

VISA MasterCard Numéro de la carte : _____ / _____ / _____ / _____ Date d'exp. : ____ / ____

Signature : _____ (obligatoire)

CHÈQUE (Libellé au nom de « Fondation Hôpital de La Malbaie »)

Je joins un chèque de 150 \$ en date du 8 janvier 2025.

ARGENT COMPTANT

Je joins mon paiement de 150 \$ (doit être payé en totalité).

J'autorise que la Fondation m'informe par courriel de ses activités et réalisations.

NOM VENDEUR : _____ Date : _____

