

# REMISES PRÉ-AUTORISÉES

Fondation Dr. W. J. Klinck  
1515, rue Pleasant View  
Sherbrooke, QC J1M 0C6

Fondation  
**DR. W. J. KLINCK**  
Foundation

**Organisme:** La Fondation Dr. W. J. Klinck

Adresse: 1515, rue Pleasant View

Ville: Sherbrooke

Province: QC

Code postal: J1M 0C6

**Nom(s) du/des  
contributeur(s):** \_\_\_\_\_

Individu

Commerce

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

**Afin de faciliter le processus de don et soutenir la mission permanente des Communautés de Retraités Massawippi (CRM), la Fondation Dr. W. J. Klinck a mis en place un programme de remises préautorisées pour permettre aux donateurs de faire des dons directement de leurs comptes bancaires ou par carte de crédit. Dans un effort pour réduire au minimum les frais administratifs afférents, la Fondation Dr. W. J. Klinck a obtenu l'aide du programme de remises pré-autorisées pour les organismes sans but lucratif de l'Église Unie du Canada (EUC). L'EUC n'a pas d'autre association avec les CRM ou la fondation Dr. W. J. Klinck.**

Je/nous demandons par la présente et autorisons l'Église Unie du Canada (au nom de la Fondation Dr. W. J. Klinck) de prélever de mon / notre compte bancaire ou de ma/notre carte de crédit le/ou vers le 20e jour de chaque mois, les contributions suivantes:

\$ \_\_\_\_\_

## TOTAL DU DON MENSUEL

\$ \_\_\_\_\_

Fond Avancement de Village Grace

\$ \_\_\_\_\_

Fond Belle Vie à Village Grace

\$ \_\_\_\_\_

Fond Dr. Klinck

### **Option 1: Débit au compte de chèque**

Institution bancaire

Transit/Succursale

Compte

(3 chiffres) \_\_\_\_\_

(5 chiffres) \_\_\_\_\_

(12 chiffres) \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Veillez joindre un chèque portant la mention ANNULÉ.*

### **Option 2: Carte de de crédit**

Numéro de carte de crédit: \_\_\_\_\_

Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Visa  Mastercard

**Veillez faire parvenir ce formulaire (et un chèque libellé ANNULÉ, le cas échéant) à:  
Coordonnatrice de la campagne (819) 569-0546 x5033 | [emuise@masscom.ca](mailto:emuise@masscom.ca)  
c/o Dr. W. J. Klinck Foundation 1515 rue Pleasant View Sherbrooke Quebec J1M 0C6**

Cette autorisation peut être annulée en tout temps moyennant un préavis écrit à la Fondation Dr. W. J. Klinck. Veuillez s'il vous plaît nous aviser 15 jours avant l'annulation. Vous avez certains droits de recours si un débit ne se conforme pas à cet accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir un remboursement pour tout prélèvement non autorisé ou non conforme à l'accord de PR. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Veuillez s'il vous plaît prendre note que ces contributions sont traitées par l'Église Unie du Canada au nom de la Fondation Dr. W. J. Klinck.

# PREAUTHORIZED REMITTANCE

Dr. W. J. Klinck Foundation  
1515, rue Pleasant View  
Sherbrooke, QC J1M 0C6



**Organization: Dr. W. J. Klinck Foundation**

Address: 1515, rue Pleasant View

City: Sherbrooke

Province: QC

Postal code: J1M 0C6

**Contributor's  
name(s):**

Individual

Business

Address:

City:

Province:

Postal code:

Telephone:

Email:

In order to facilitate the donation process and support the ongoing mission of Massawippi Retirement Communities (MRC), the Dr. W. J. Klinck Foundation has instituted a Preauthorized Remittance Program to enable donors to make donations direct from their bank accounts or credit cards. In an effort to minimize associated administrative fees, the Dr. W. J. Klinck Foundation has secured the assistance of the United Church of Canada's (UCC) Preauthorized Remittance Program for Nonprofit Organizations. The UCC has no other association with MRC or the Dr. W. J. Klinck Foundation.

I/we hereby request and authorize The United Church of Canada (on behalf of the Dr. W. J. Klinck Foundation) to withdraw from my/our bank account or credit card on or about the 20<sup>th</sup> day of each month the following contributions:

\$

**TOTAL MONTHLY GIFT**

\$

Grace Village Advancement Fund

\$

Grace Village Better Living Fund

\$

Dr. Klinck Fund

**Option 1: Debit from Checking Account**

Institution

Transit/branch

Account

(3 digits)

(5 digits)

(12 digits)

Signature:

Date:

*Please attach a VOID check.*

**Option 2: Debit from Credit Card**

Credit card number:

Expiration Date:

Signature:

Date:

Visa

Mastercard

**Mail or give this form (and VOID check, if necessary) to :**

**Campaign Coordinator (819) 569-0546 x5033 | [emuise@masscom.ca](mailto:emuise@masscom.ca)**

**c/o Dr. W. J. Klinck Foundation 1515 rue Pleasant View, Sherbrooke Quebec J1M 0C6**

This authorization may be cancelled at any time upon written notice to the Dr. W. J. Klinck Foundation. Please notify them 15 days prior to cancellation. You have certain recourse rights if any debit does not comply with this agreement. For example, you have the right to receive reimbursement for any debit that is not authorized or is not consistent with this PAR Agreement. To obtain more information on your recourse rights, contact your financial institution or visit [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Please note, these contributions are processed by the United Church of Canada on behalf of the Dr. W. J. Klinck Foundation.