

**Oui, je veux appuyer dès maintenant les bibliothèques publiques et les bibliobus!**  
Voici mon don

S.V.P., indiquer tout changement à vos coordonnées :

(M./M<sup>me</sup>/M<sup>lle</sup>/D<sup>r</sup>) Nom : \_\_\_\_\_

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

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

Prov. : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Téléphone (travail) : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Mon numéro de carte de bibliothèque est : 29525 \_ \_ \_ \_ \_

Ma bibliothèque ou mon bibliobus : \_\_\_\_\_

Vous pouvez communiquer avec moi par courrier électronique. Courriel : \_\_\_\_\_

Ma langue préférée pour la correspondance est  le français ou  l'anglais.

Je souhaite recevoir de l'information sur les dons par anticipation.

Je ne veux plus recevoir de correspondance de la Fondation.

**J'AIMERAI QUE MON DON SERVE À APPUYER** (Veuillez faire un seul choix)

Ce que choisissent les bibliothécaires à une bibliothèque ou un bibliobus de mon choix  
(nom de la bibliothèque ou du bibliobus : \_\_\_\_\_)

Les livres pour enfants     Les livres pour adultes     Les livres audio et en gros caractères

J'aimerais faire mon don :

À la mémoire de *ou*  En l'honneur de : Nom de la personne : \_\_\_\_\_

J'aimerais que la Fondation informe la personne suivante du don :

(M./M<sup>me</sup>/M<sup>lle</sup>/D<sup>r</sup>) Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

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

Prov. : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**CHOIX DE PAIEMENT** (Un reçu aux fins de l'impôt sera émis pour tous les dons.)

J'aimerais faire un don de :

30 \$     50 \$     75 \$     100 \$     Mon choix \_\_\_\_\_

J'aimerais faire un don mensuel de : (Veuillez fournir les renseignements relatifs à votre carte de crédit ou inclure un chèque portant la mention « Nul ».)

5 \$     10 \$     15 \$     20 \$     Mon choix \_\_\_\_\_

J'autorise la Fondation à prélever mensuellement mon don sur mon compte bancaire. (Si jamais vous souhaitez modifier ou annuler votre engagement, communiquez avec nous et nous ferons les changements nécessaires.) J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

**MODE DE PAIEMENT**

Par chèque ou par mandat postal (Libellé à l'ordre de la Fondation des bibliothèques publiques du Nouveau-Brunswick)

Par internet au site [www.fondationdesbibliotheques.ca](http://www.fondationdesbibliotheques.ca)

Par carte de crédit     Visa     MasterCard

Nom du titulaire de la carte de crédit (veuillez écrire en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte de crédit : ( \_ \_ \_ \_ ) ( \_ \_ \_ \_ ) ( \_ \_ \_ \_ ) ( \_ \_ \_ \_ )    Numéro CVVV2 : ( \_ \_ \_ )

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (MM/AA)    Signature : \_\_\_\_\_

La date aujourd'hui : \_\_\_\_\_

**Merci de votre don!**