



*Association nationale des infirmières et infirmiers en soins périanesthésiques du Canada*

**CERTIFICATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SOINS  
PÉRIANESTHÉSQUES**

*1506, Craigeith Road,  
Oakville, Ontario L6H 7W3*

*Tél. / téléc. : (905) 257-7522  
Courriel : info@napanc.org*

**FORMULAIRE DE PROMESSE DE DON**

Nom du donateur ou de la donatrice : \_\_\_\_\_

Nom de la personne contact et département ou service (dans le cas d'un organisme ou d'un hôpital) : \_\_\_\_\_

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

Ville et code postal : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

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

*Veillez indiquer le type de commandite que vous souhaitez offrir pour la certification des infirmières et infirmiers en soins périanesthésiques du Canada :*

Commandite en argent : \_\_\_\_\_ (valeur) \$ \_\_\_\_\_

Commandite sous forme de cadeau (ex. : rabais ou gratuité sur chambre d'hôtel, rabais ou gratuité sur bon de voyage) : \_\_\_\_\_

(valeur) \$ \_\_\_\_\_ N° de bon : \_\_\_\_\_

Autre commandite sous forme de coupon, billet ou bon d'échange :

(valeur) \$ \_\_\_\_\_ N° de bon : \_\_\_\_\_

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ (valeur) \$ \_\_\_\_\_

Mode de paiement (commandite en argent) : Chèque  Argent comptant  Carte de crédit

(Veuillez compléter les renseignements suivants)

Renseignements sur votre carte de crédit :

Nom apparaissant sur la carte de crédit \_\_\_\_\_

Numéro de carte de crédit \_\_\_\_\_ Date d'exp. (mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature (si vous nous faites parvenir ce formulaire par télécopieur ou par la poste)

\_\_\_\_\_

Montant à prélever de votre carte de crédit : \$ \_\_\_\_\_

**Veuillez expédier le formulaire à l'attention de :**

**Comité de financement de l'ANIPAc**

**1506, Craigleith Road**

**Oakville, Ont. L6H 7W3**

**Courriel : [info@napanc.org](mailto:info@napanc.org)**

**Tél. / téléc. : (905) 257-7522**

Le formulaire est aussi disponible sur notre site Web au [www.napanc.org](http://www.napanc.org) : cliquer sur « Education », « Certification Examination », « Donations for Certification Examination » ou à la page d'accueil sous « Quick Links », « Certification Donations ».

Un reçu sera émis pour chaque don effectué.

\*\*\*\*\*

Nous aimerions partager votre nom avec d'autres donatrices et donateurs potentiels. Si vous consentez à ajouter votre nom à la liste qui sera diffusée de façon continue dans notre bulletin trimestriel intitulé « Eye Opener » et à la liste de donateurs et donatrices qui sera ajoutée à la section « Certification/Donations for Certification », veuillez compléter ce qui suit :

Je, \_\_\_\_\_, consent à ce que soit ajouté mon nom dans le bulletin de l'ANIPAc intitulé « Eye Opener » et sur le site Web de l'ANIPAc au [www.napanc.org](http://www.napanc.org).

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

**MERCI DE VOTRE SOUTIEN**