

# I would like to help transform mental health care.

*J'aimerais aider à transformer les soins de santé mentale.*



## DONOR INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE DONATEUR

Mr./M.     Mrs./Mme     Ms.     Dr./Dr

Name/Nom : \_\_\_\_\_

Address/Adresse : \_\_\_\_\_

City/Ville : \_\_\_\_\_

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

Postal Code/Code postal : \_\_\_\_\_

Telephone/Téléphone : \_\_\_\_\_

Email/Courriel : \_\_\_\_\_

Language preference/Préférence linguistique :  EN     FR

## DONATION / DON

\$25     \$50     \$75     \$100     Other amount/Autre : \$ \_\_\_\_\_

## PAYMENT METHOD / MODE DE PAIEMENT

Visa     MasterCard     Amex

Card number/Numéro de carte :

\_\_\_\_\_

Expiry date/Date d'expiration :

\_\_\_\_\_

Cardholder's name/Nom du titulaire :

\_\_\_\_\_

Signature/Signature :

\_\_\_\_\_

Cheque/Chèque

(Please make cheques payable to the Royal Ottawa Foundation for Mental Health/Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la Fondation de santé mentale Royal Ottawa.)

*(please circle one/Veuillez encercler la mention qui convient)*

This gift is in memory / in honour / in celebration of:

Ce don est fait à la mémoire / en l'honneur / en célébration de :

\_\_\_\_\_

Name & address of bereaved family/person being honoured:

Nom et adresse de la famille endeuillée/personne honorée :

Name/Nom : \_\_\_\_\_

Address/Adresse : \_\_\_\_\_

City/Ville : \_\_\_\_\_

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

Postal Code/Code postal : \_\_\_\_\_

Permission has been provided to share my name and address with next of kin/Je donne la permission de communiquer mon nom et adresse à la famille endeuillée.



Mental Health - Care & Research  
Santé mentale - Soins et recherche

Charitable Registration Number/Numéro d'organisme de bienfaisance : 11912 9179 RR0001