### Oui, je souhaite appuyer / renouveler mon engagement de la Fondation de l’ATC au niveau suivant

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Don ou legs de 50 000 $ ou plus. |
|  | * Don ou legs de 25 000 $ ou plus. |
|  | * Don ou legs de 15 000 $ ou plus. |
|  | * Don ou legs de 1 000 $ à 14 999 $. |
|  | * Complétez la ligne de contribution ci-dessous. |

**Les donateurs seront reconnus au Congrès et à l’exposition de l’ATC, dans la *Rétrospective de l’année* de la Fondation, sur le site Web de la Fondation et lors d’autres occasions, à moins d’avis contraire d’un donateur de la Fondation de l’ATC.**

***Options des bourses d’études baptisées :***

* Les donateurs peuvent appuyer une **bourse d’études baptisée de niveau universitaire** pour un individu, une compagnie, une association ou autre groupe, avec un engagement d’appuyer une bourse d’études de 5000 $ + des frais de soutien de programme de 500 $ par année pour soit cinq ou trois ans.
* Les donateurs peuvent appuyer une **bourse d’études baptisée de niveau collégial/CÉGEP** avec un engagement d’appuyer une bourse d’études de 25 00 $ + des frais de soutien de programme de 250 $ par année pour soit cinq ou trois ans.

***Legs :*** Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez ‘Dons planifiés’ sur notre site Web ou communiquez avec nous.

### Le montant total de l’engagement sur toutes ses années est Écrire le montant de l'engagement ici $, à payer XXXX par année pendant X ans.

***Le don doit être dirigé pour soutenir :***

***   ***

*Veuillez fournir des informations supplémentaires sur votre don ici*

Cochez cette case pour que le don reste anonyme.

### Coordonnées du donateur

Personne-ressource : *nom* Organisation : *organisation*

Adresse : *adresse postale* Ville : *ville*  Province : *Province* Code postal : *code postal*

Courriel : *courriel*  Téléphone : *téléphone*

Je confirme que j’ai l’autorité de remplir cet engagement à la Fondation de l’ATC au nom de mon organisation.

### Paiement

Chèque à l’ordre de la Fondation de l’ATC. Vous serez facturé chaque année en février

Carte de crédit

Numéro Visa / MasterCard : *Écrivez le numéro de carte de crédit ici* Date d’expiration : *date d'expiration*

Nom du titulaire : *Écrivez le nom du titulaire ici*  le titulaire de la carte a autorisé cette dépense

### Retourner ce formulaire à [foundation@tac-atc.ca](mailto:foundation@tac-atc.ca)