


DON À LA MÉMOIRE D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE (IN MEMORIAM)

Veillez remplir les champs ci-dessous et imprimer le document. Assurez-vous d'avoir rempli tous les champs obligatoires (précédés d'un ).

 **Don à la mémoire de** (nom de la personne décédée): _____

COORDONNÉES DU DONATEUR (COCHEZ LES CASES QUI S'APPLIQUENT)

 **Est-ce la première fois que vous donnez à la Fondation?**

Oui **Non**



 **M.** **Mme**

 **Langue de correspondance:** **Français** **Anglais**

 **Nom:** _____

 **Prénom:** _____

 **Adresse:** _____ **app.:** _____


 **Ville:** _____  **Province:** _____

 **Code postal:** _____  **Pays:** _____

No. de téléphone: () _____ **Courriel:** _____

Date de naissance: _____

COORDONNÉES DE LA FAMILLE DU DÉFUNT (COCHEZ LES CASES QUI S'APPLIQUENT)

 **Veillez aviser la famille de mon don**

Personne à aviser:

 **M.** **Mme**


 **Nom:** _____  **Prénom:** _____

 **Adresse:** _____ **app.:** _____

 **Ville:** _____  **Province:** _____

 **Code postal:** _____  **Pays:** _____

MODALITÉS DE PAIEMENT (COCHEZ LES CASES QUI S'APPLIQUENT)

 **Je veux faire un don de:** _____ \$

 **Indiquez sous quel nom vous souhaitez que votre don soit reconnu :** _____

 **Indiquez si vous désirez que votre don reste anonyme :** **Oui** **Non**

 **Comptant** **Chèque**

Carte de crédit **Visa** **Mastercard**

 **N° de carte de crédit**  **Date d'expiration**

 **Signature**

Par la poste: **Fondation Hôpital Charles-LeMoine**
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park, QC
J4V 2H1

Par télécopieur: **(450) 672-1716**

 **Je désire un reçu pour fins fiscales:** **Oui** **Non**

