


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)

 Veuillez 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 : _____ \$  Je destine mon don à/au : _____

 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

Pour tous les dons de 20 \$ ou plus, un reçu fiscal sera émis.

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

Par télécopieur: 450 672-1716

