L'Arbre du souvenir

FONDATION de l'Hôpital Sainte-Anne

FORMULAIRE PDF À IMPRIMER - 1 PAGE 8,5 X 11

No. d'enregistrement 87108 4190 RR0001

Mettez à la poste ce formulaire, accompagné de votre contribution, à l'adresse suivante :

Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne
305, boul. des Anciens-Combattants, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 1Y9

PARTIE A - MES COORDONNÉES :

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone rés. : (_____) _____ Téléphone cell. : (_____) _____

Adresse courriel : _____

PARTIE B - CHOISIR UN MODE DE PAIEMENT :

1. ❑ CHÈQUE DE 1,000 $ (libellé à la *Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne*)
2. ❑ CHÈQUES POST-DATÉS : ❑ 2 x 500 $ ❑ 4 x 250 $ ❑ 10 x 100 $

   PAR CARTE DE CRÉDIT : ❑ Visa ❑ MasterCard ❑ American Express
3. ❑ UN SEUL VERSEMENT DE 1 000 $
4. ❑ 2 x 500 $ ❑ 4 x 250 $ ❑ 10 x 100 $

   S.V.P. indiquer les mois des paiements de carte de crédit : _____

No. de carte : ❑❑❑❑ ❑❑❑❑ ❑❑❑❑ ❑❑❑❑ Date d'exp. : ❑❑ ❑❑

Signature du détenteur de la carte : _____ Date : _____

PARTIE C - INSCRIPTION SUR LA FEUILLE COMMÉMORATIVE :

(S.V.P. écrire en lettres moulées)

Nom de la personne à commémorer : _____

Années de naissance et de décès (optionnel) : _____ -- _____

Pensée à inscrire *(maximum de 60 caractères)* : _____

_____ _____

_____ _____