

# Don In Memoriam



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**

**À LA MÉMOIRE DE :** \_\_\_\_\_

## MES COORDONNÉES :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone rés. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Téléphone cell. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**VOICI MON DON DE :** \_\_\_\_\_ \$

## MODE DE PAIEMENT :

CHÈQUE (libellé à la *Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne*)

Visa  MasterCard  American Express

Numéro de carte :

Date d'expiration :

Signature du détenteur de la carte : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## LA FONDATION SE CHARGERÀ D'AVISER LA FAMILLE ÉPROUVÉE

Si vous désirez qu'une personne en particulier soit avisée, veuillez s'il vous plaît nous fournir l'information suivante :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

S.V.P. Inscire le message suivant sur la carte envoyée à la famille :

\_\_\_\_\_