

# Formulaire de don



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

*Oui, je veux contribuer au bien-être de nos anciens combattants!*

## MES COORDONNÉES :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**VOICI MA CONTRIBUTION DE :**  500 \$  250 \$  100 \$  Autre \_\_\_\_\_ \$

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 : \_\_\_\_\_