

Don In Memoriam



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

No. d'enregistrement 87108 4190 RR0001

Postez ce formulaire, accompagnée 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 bur. : (_____) _____

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 : _____

LA FONDATION SE CHARGERÀ D'AVISER LA FAMILLE ÉPROUVÉE :

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

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