



JE DÉSIRES FAIRE UN DON DE :

- 25\$ 50\$ 75\$ 100\$ Autre _____\$
 Je désire que mon don soit anonyme

Cause : _____

JE DÉSIRES FAIRE UN DON MENSUEL LE 1^{ER} DU MOIS DE (PRÉLEVÉS JUSQU'À AVIS CONTRAIRE DE VOTRE PART) :

- 20\$ 15\$ 10\$ Autre _____\$ (minimum de 5\$)

PAIEMENT

- Chèque à l'ordre de la Fondation Hôtel-Dieu de Sorel
 Comptant VISA MasterCard

N° carte : _____

Date d'expiration : __ // __ Signature : _____

Un reçu fiscal sera automatiquement émis pour tous les dons de 20\$ et plus.

- Je ne désire pas de reçu fiscal.

COORDONNÉES DU DONATEUR :

Nom : _____ Prénom : _____

N° : _____ rue : _____ ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____ Cellulaire : () _____

Courriel : _____

SECTION À COMPLÉTER POUR UN DON IN MEMORIAM SEULEMENT

Nom de la personne décédée : _____

Aviser la famille de la personne décédée à l'adresse suivante :

Retourner votre formulaire dûment rempli au :

400, avenue de l'Hôtel-Dieu, Sorel-Tracy (Québec) J3P 1N5

(No enregistrement 11 892 3333 RR0001)

Ou nous le retourner par courriel au :

info@fondationhoteldieusorel.org