

FORMULAIRE DE DON IN MEMORIAM



Fondation
Hôpital
Saint-Eustache

INFORMATIONS À PROPOS DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme M. Prénom : Nom :
Date du décès : Lieu :
Désirez-vous informer la famille de votre don ? oui non

INFORMATIONS À PROPOS DE LA PERSONNE À AVISER

Mme M. Prénom : Nom :
Lien avec la personne décédée:
Adresse :

VOS INFORMATIONS

Mme M. Prénom : Nom :
Adresse :

Téléphone :
Courriel :

JE SOUHAITE FAIRE UN DON *IN MEMORIAM* AU MONTANT DE

25 \$ 50 \$ 75 \$ AUTRE: Mode de paiement : Je joins un chèque à cet envoi
 J'utilise ma carte de crédit
 Visa Mastercard

PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT :

Nom du détenteur de la carte :
Numéro de la carte :
Date d'expiration de la carte : Numéro CVV (3 chiffres au verso de la carte)

PAIEMENT PAR CHÈQUE :

 SVP libeller votre chèque à l'ordre de Fondation Hôpital Saint-Eustache

Merci de votre soutien. La générosité dont vous témoignez aujourd'hui contribuera assurément à la réalisation de la mission de la
Fondation Hôpital Saint-Eustache !

Fondation Hôpital Saint-Eustache

520, boul. Arthur-Sauvé, Local CS-012,
Saint-Eustache (Québec) J7R 5B1

450 974-8229 info@fondationhopitalsainteustache.com

www.fondationhopitalsainteustache.com

No. Organisme de bienfaisance : 10183 5445 RR0001



Fondation
Hôpital
Saint-Eustache