

# FORMULAIRE DE DON EN L'HONNEUR D'UNE PERSONNE



Fondation  
Hôpital  
Saint-Eustache

## INFORMATIONS À PROPOS DE LA PERSONNE À HONORER

Mme  M. Prénom :  Nom :

Détails de l'occasion à honorer :

Désirez-vous informer cette personne de votre don ?  oui  non

## COORDONNÉES DE LA PERSONNE À AVISER

Adresse :

## VOS INFORMATIONS

Mme  M. Prénom :  Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

## JE SOUHAITE FAIRE UN DON AU MONTANT DE

25 \$  50 \$  75 \$  AUTRE:  Mode de paiement :  Je joins un chèque à cet envoi

J'utilise ma carte de crédit

**PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT :**  Visa  Mastercard

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](mailto:info@fondationhopitalsainteustache.com)

[www.fondationhopitalsainteustache.com](http://www.fondationhopitalsainteustache.com)

No. Organisme de bienfaisance : 10183 5445 RR0001



Fondation  
Hôpital  
Saint-Eustache