

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

www.fondationhopitalsainteustache.com

No. Organisme de bienfaisance : 10183 5445 RR0001



**Fondation
Hôpital
Saint-Eustache**