

# FORMULAIRE DE DON



Fondation  
Hôpital  
Saint-Eustache

Mme  M. Prénom :  Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

## JE FAIS UN DON UNIQUE DE :

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

## JE FAIS UN DON MENSUEL DE :

25 \$  50 \$  75 \$  AUTRE:  Mode de paiement :  Je joins un spécimen de chèque  
 J'utilise ma carte de crédit

Aucun risque et aucune obligation, vous pouvez modifier vos prélèvements mensuels en nous avisant au moins 30 jours avant votre prochain prélèvement.

## 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