FORMULAIRE DE DON

Fondation Hôpital Saint-Eustache

OUI, VOUS POUVEZ COMPTER SUR MON APPUI !

☐ 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
www.fondationhopitalsainteustache.com
No. Organisme de bienfaisance : 10183 5445 RR0001

Fondation Hôpital Saint-Eustache