

DONS EN HOMMAGE

Donateur

- Don personnel
 Don d'entreprise
 M. Mme Mlle _____

Nom _____

Nom de l'entreprise _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Courriel : _____

Je désire faire un don

- En mémoire de : En hommage à : Nom _____
 En souvenir de : _____

Veillez informer la personne suivante de ma contribution :

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lien avec la personne à qui vous rendez hommage _____

Veillez noter que la liste des donateurs sera envoyée à la famille. Le montant de votre don demeurera confidentiel.

Veillez verser mon don comme suit :

- L'Hôpital Mémorial de Wakefield *
 Le Centre d'hébergement La Pêche
 Le CLSC
 Les besoins prioritaires de la Fondation

Je désire faire un don de

- 35\$ 50\$ 75\$ 100\$ Je préfère donner _____ \$

Mode de paiement

- Mon chèque ou mandat postal est inclus tel que précisé ci-dessus. Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la **Fondation de santé des Collines**

- Je préfère faire un don avec ma carte Visa/MC tel que précisé ci-dessus.

No. de la carte Visa / MC _____ Date d'expiration ____ / ____

Détenteur de la carte _____ Signature _____

Je désire recevoir un reçu pour fin d'impôt personnel (don de 20\$ ou plus) Oui Non

Je désire que mon don demeure confidentiel Oui Non

*Les dons en l'honneur appliqués à l'hôpital sont déposés dans le fonds perpétuel de la fondation.

Veillez envoyer ce formulaire et votre don à la Fondation de santé des Collines

Poste : C.P. 118, Wakefield, QC J0X 3G0

Tél.: 819-459-1112 poste 2700

Courriel : info@fsdc-dchf.ca

Télécopieur : 819-459-1148