



## FORMULAIRE DE CONTRIBUTION

### INFORMATION SUR LE DONATEUR :

Nom (*prénom et nom de famille*) : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise (*si applicable*) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Reçu adresser à : \_\_\_\_\_

Adresse du reçu (*si différent de ci-dessus*) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### J'AIMERAI CONTRIBUER :

Don mensuel  \$100  \$50  \$25  \$ \_\_\_\_\_ (*autre montant*)

Don unique  \$1000  \$500  \$100  \$50  \$25  \$ \_\_\_\_\_ (*autre montant*)

### MODE DE PAIEMENT :

Carte de crédit :  MasterCard  Visa

Nom du détenteur de la carte de crédit : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte de crédit : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (*mm/aa*)

Chèque - pour un don mensuel, veuillez envoyer chèque annulé  
- pour un don unique, veuillez libeller le chèque à la Fondation de l'Hôpital St-Mary

Comptant

### DESIGNER MON DON À :

Veuillez verser mon don aux besoins prioritaires

Autre (*veuillez spécifier*) : \_\_\_\_\_

MON DON EST  EN MEMOIRE DE  EN HONNEUR DE : \_\_\_\_\_

MESSAGE : \_\_\_\_\_

### AVISER LA FAMILLE DU DON :

Nom (*prénom et nom de famille*) : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise (*si applicable*) : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Langue:  français  anglais

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro d'organisme caritative 11918 9108 RR001

*merci de tout cœur*