

FORMULAIRE DE DON

FONDATION HÔPITAL
PIERRE-BOUCHER

L'humain au cœur des soins



Madame Monsieur Date _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone _____

Courriel _____

Voici mon don

25 \$ 50 \$ 75 \$ 100 \$ Autre : _____ \$

Je désire que mon don demeure anonyme.

Paiement

Chèque libellé à l'ordre de la Fondation Hôpital Pierre-Boucher

Visa MasterCard

Nom du détenteur de la carte _____

Numéro _____

Date d'expiration _____

Signature _____

Un reçu fiscal sera automatiquement émis pour tous les dons de 25 \$ et plus.

Je ne désire pas recevoir de reçu fiscal.

Section à compléter pour un don in memoriam seulement

Don en mémoire de _____

Je désire que la famille de la personne décédée soit avisée de ce don, à l'adresse suivante

Retourner le formulaire dûment rempli ainsi que votre don à

Fondation Hôpital Pierre-Boucher
1333, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2A5

Enregistrement : 13366 1637 RR0001