



FONDATION DE
L'HÔPITAL
ST. MARY

ST. MARY'S
HOSPITAL
FOUNDATION



FORMULAIRE DE DON

RENSEIGNEMENTS SUR LE DONATEUR :

Nom (*prénom et nom de famille*) : _____

Entreprise (*si applicable*) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province: _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Adresse du reçu (*si différente de ci-dessus*) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

JE DÉSIRE CONTRIBUER :

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

Don unique : 1 000\$ 500\$ 100\$ 50\$ 25\$ _____\$ (*autre montant*)

Mode de paiement :

Carte de crédit : MasterCard Visa Amex

Nom du détenteur : _____

Numéro de la carte : _____ / _____ / _____ / _____ Expiration: ____ / ____ (*mm/aa*)

Chèque – pour don unique, veuillez libeller le chèque à l'ordre de la **Fondation de l'hôpital St. Mary**

– pour un don mensuel, veuillez contacter la Fondation au 514 734 2694 pour de plus amples détails

Comptant

Désignation du don :

Veuillez verser mon don aux besoins prioritaires de St. Mary

Autre (*s.v.p. spécifier*): _____

CE DON EST : À LA MÉMOIRE DE EN L'HONNEUR DE : _____

MESSAGE : _____

VEUILLEZ AVISER LA/LES PERSONNES SUIVANTES DE MON DON :

Nom (*prénom et nom de famille*) : _____

Entreprise (*si applicable*) : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Langue : Français English

Courriel : _____

Numéro d'enregistrement # 11918 9108 RR0001

merci de tout coeur