



RENSEIGNEMENTS SUR LE DONATEUR :

(*Requis pour le reçu d'impôt)

Nom complet* : _____ Titre : _____

Entreprise (si applicable) : _____

Adresse* : _____

Ville* : _____ Province* : _____ Code postale* : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

JE DÉSIRE CONTRIBUER :

Don mensuel : 100 \$ 50 \$ 25 \$ Autre _____ \$

Don unique : 1 000 \$ 250 \$ 100 \$ 50 \$ 25 \$ Autre _____ \$

MODE DE PAIEMENT :

Carte de crédit : MasterCard Visa Amex

Nom du détenteur : _____

Numéro de la carte : _____ Expiration : mm / aa

Chèque *Don unique* - veuillez libeller le chèque à l'ordre de la **Fondation de l'hôpital St. Mary**
Don mensuel - veuillez contacter la Fondation au 514-734-2694 pour les 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 : LANGUE : FRANÇAIS ANGLAIS

Nom complet : _____ Titre : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postale : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

merci de tout coeur