

DON IN MEMORIAM

À LA MÉMOIRE DE :

MME M. _____

RENSEIGNEMENTS POUR REÇU :

NOM DU DONATEUR : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉL. : _____

MONTANT DU DON : _____ \$

ARGENT COMPTANT

CHÈQUE OU MANDAT POSTE FAIT À
L'ORDRE DE : FONDATION POUR LA
SANTÉ DU NORD DE LANAUDIÈRE OU
FONDATION SNL

MASTER CARD

VISA

NUMÉROS : _____

EXPIRATION : _____

SIGNATURE : _____

VOUS RECEVREZ AUTOMATIQUEMENT UN REÇU POUR FINS D'IMPÔT POUR TOUT DON DE 20 \$ ET PLUS.

COORDONNÉES DE LA FAMILLE :

NOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉL. : () _____