

Formulaire de don - Choisir A ou B

A. Un paiement seulement au montant de _____ \$

Mode de paiement : comptant chèque

Carte de crédit : Visa Mastercard American Express No. de carte : _____

Date d'expiration : _____ Signature : _____

B. Un total de _____ \$ en _____ versements étalés sur _____ mois _____ années.

Mode de paiement: comptant chèque

retrait préautorisé de mon compte bancaire (joindre un chèque annulé)

Carte de crédit : Visa Mastercard American Express No. de carte : _____

Date d'expiration : _____ Signature : _____

Veuillez communiquer avec la coordonnatrice pour préciser les modalités des versements.

Veuillez appliquer mon don comme suit : aux besoins urgents à la fondation

En mémoire de _____

En honneur de _____

Nom du donateur/de la donatrice : _____

Adresse : _____ C.P. _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Un reçu d'usage fiscal sera remis pour les dons de 20\$ ou plus.

Si vous désirez que la fondation avise la famille ou la personne honorée,
veuillez nous fournir les informations nécessaires :

Nom : _____

Adresse postale: _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Ce formulaire complété peut être retourné par la poste à
La Fondation de l'Hôpital Notre-Dame Hospital, Hearst Ontario, S.P. 8000, Hearst, Ontario P0L 1N0
ou par télécopieur au 705.362.2923 ou remis en personne au bureau de réception de l'hôpital.