

DON EN HONNEUR DE

Nom de la personne honorée

INFORMATION SUR LE DONATEUR

Prénom

Nom de famille

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

TYPE DE DON

J'aimerais faire un **DON EN HONNEUR** de :

1 000\$
 500\$
 250\$
 100\$
 50\$
 Autre _____\$

J'aimerais recevoir un reçu officiel. Les reçus pour les montants de 25\$ et plus sont automatiquement envoyés.

ATTRIBUTION DU DON

Département où les besoins sont les plus grands

Département ou fonds spécifiques _____

PERSONNE À AVISER

Prénom

Nom de famille

Adresse

Ville

Province

Code postal

Provenance du don (si celle-ci est différente du donateur)

MODE DE PAIEMENT

CARTE DE CRÉDIT

VISA
 MASTERCARD
 AMEX

Carte de crédit : _____

Date d'expiration : _____

CHÈQUE (payable à la Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore)

SIGNATURE : _____

Veuillez poster à : Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore
 160, ave Stillview, bureau 1297
 Pointe-Claire, QC H9R 2Y2

Je souhaite conserver l'anonymat
 Numéro d'enregistrement # 13202 1668 R0001

MERCI DE VOTRE SOUTIEN!