

## FORMULAIRE DE DON EN MÉMOIRE

Je désire faire un don à la mémoire de : \_\_\_\_\_

**Coordonnées de la famille** – Une carte de condoléances leur sera postée.

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du donateur**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Montant de votre don**

50 \$     100 \$     200 \$     Autre : \_\_\_\_\_ \$

**Souhaitez-vous dédier votre don ?**

Oui → Veuillez inscrire le département : \_\_\_\_\_

Non

**Modes de paiement**

Comptant

Chèque libellé à l'ordre de la Fondation de l'Hôpital du Suroît

Visa     Mastercard

Numéro de la carte : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Exp. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Un reçu pour fins d'impôts sera automatiquement émis pour tout don de 20 \$ et plus.

Fondation de l'Hôpital du Suroît  
150, rue St-Thomas  
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 6C1  
450 377-3667 ou 1 866 210-8623  
info@fondationhds.ca  
fondationhds.ca

**MERCI**