

## FORMULAIRE DE DON MENSUEL

### Coordonnées du donateur

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

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

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

### Montant de votre don mensuel

10 \$     15 \$     20 \$     Autre : \_\_\_\_\_ \$

### Souhaitez-vous dédier votre don ?

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

Non

### Modes de paiement

Prélèvements bancaires

*SVP, joindre un chèque portant la mention «Nul»*

Visa     Mastercard

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

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

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

Le 15<sup>e</sup> jour de chaque mois, j'autorise la Fondation de l'Hôpital du Suroît à soustraire de mon compte bancaire ou de ma carte de crédit le montant indiqué ci-haut.

### 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