

## FORMULAIRE DE DON PERSONNEL OU CORPORATIF

### 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