

Formulaire de don *in memoriam*

COORDONNÉES

Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Tél. (maison) : _____ Tél. (bureau) : _____
Courriel : _____

À la mémoire de : _____

Personne à informer de mon don :

Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____

Montant du don : _____ \$

Chèque

J'inclus un chèque à l'ordre de
Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Carte de crédit



Numéro de la carte : _____

Date d'expiration (aa/mm) : _____

Nom du détenteur de la carte : _____

Signature : _____

*** Un reçu officiel pour usage fiscal vous sera émis automatiquement**

N° d'enregistrement : 11892 3143 RR 0001

S.v.p., retourner ce formulaire par la poste ou par télécopieur à :

Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

7401, rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1N 3M5

Téléphone : 514 251-4013 / Télécopieur : 514 253-4545

Courriel : fondation.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

*** Vous pouvez également faire votre don en ligne : www.hlhl.qc.ca**