



FORMULAIRE DE DONNÉS À L'OCCASION D'UN DÉCÈS

Coordonnées du donateur

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Ville :	
Province :		Code Postal :	
Téléphone :		Courriel :	

Votre don sera affecté au fonds général de la Fondation pour répondre aux nombreux besoins de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et améliorer la qualité de vie des malades. Vous êtes dans une zone sécurisée du site Web, les informations soumises sont traitées confidentiellement.

Votre don

Je désire effectuer un don au montant de :  10 \$  20 \$  30 \$  50 \$  100 \$

Autre montant :  \$ Mode de paiement :  Visa  Mastercard  Chèque ci-inclus

Nom du détenteur de la carte :

Numéro de votre carte :  Date d'expiration :

Pour aviser la famille de votre don, veuillez remplir la partie suivante.

À la mémoire de :

Nom de la personne à aviser :

Adresse :  Ville :

Code :  Téléphone :

Libeller votre chèque au nom de : Fondation Hôpital de Baie-Saint-Paul