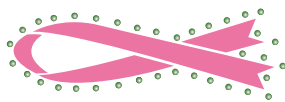


# FORMULAIRE DE DON



## Fondation du cancer du sein du Québec

### MONTANT DU DON:

25 \$     50 \$     100 \$     200 \$     Autre \$ \_\_\_\_\_

Reçu pour fin d'impôt (pour un don de 25\$ et plus) à l'adresse ci-dessous:

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

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

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

### MÉTHODE DE PAIEMENT :

Carte de crédit :             Visa             Mastercard

# de carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration (mm/aa) : \_\_\_\_\_

### J'AIMERAIS FAIRE MON DON :

En l'honneur de : \_\_\_\_\_

En mémoire de : \_\_\_\_\_

### SVP ENVOYER UNE CARTE À :

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

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

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

Texte (max. 50 mots) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_