

Don In Memoriam

COMITÉ PRÉVENTION SUICIDE

367, rue St-Étienne, bureau 115, La Malbaie
Qc, G5A 1M3

Renseignements du donateur :

Titre :	_____	Nom :	_____
Adresse	_____	Ville :	_____
	_____	Province :	_____
Code Postal	_____	Pays :	_____
Téléphone (____)	_____	Télécopieur (____)	_____
Courriel	_____		

Renseignements sur la personne à informer du don :

Titre :	_____	Nom :	_____
Adresse :	_____	Ville :	_____
	_____	Province	_____
Code Postal :	_____	Pays :	_____

Information sur le don :

*Je souhaiterais faire un don de :

- 20 \$
 25 \$
 50 \$
 Autre _____ \$

Je désire un reçu :

Les reçus fiscaux pour les dons de moins de 10 \$ seront fournis sur demande. Ma contribution est de moins de 10 \$ et je souhaiterais recevoir un reçu fiscal.

*À la mémoire de : _____

Information sur le paiement :

Chèque Argent Carte de crédit

*Type de carte :

Visa MasterCard American Express

*Nom indiqué sur la carte :

*Numéro de la carte :

*Date d'expiration:

_____ (mm) / _____ (aa)

*Signature du titulaire :
