

FORMULAIRE POUR DON

Donateur	
Groupe <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/>	
Nom :	
Adresse :	
Ville :	
Province et code postal :	
Personne à contacter au besoin :	
Téléphone :	
Don	
Montant du don :	Reçu demandé <input type="checkbox"/>
Mode de paiement :	Chèque <input type="checkbox"/> Mandat-poste <input type="checkbox"/>
<i>Note : un reçu sera automatiquement émis pour tous les dons de 25 \$ et plus et sur demande pour les dons de moins de 25 \$.</i>	
Commentaires :	

Imprimez, remplissez et retournez ce formulaire, accompagné de votre don, à la :

Fondation Santé Baie-des-Chaleurs

419, boulevard Perron
 Maria (Québec) G0C 1Y0

Pour information : (418) 759-3443, poste 2305

Au nom de tous ceux qui bénéficieront de votre don, nous vous disons « Merci » !