



## FORMULAIRE DE DON

### MONTANT DU DON

J'aimerais faire un don de :  25 \$  50 \$  100 \$

Je préfère donner : \_\_\_\_\_ \$

Notez qu'un reçu sera automatiquement émis pour tous les dons de 25 \$ et plus et, sur demande, pour les dons de moins de 25 \$. Cochez si vous désirez un reçu fiscal par la poste  ou par courriel

### DONATEUR

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

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

### J'AIMERAIS FAIRE MON DON

au bénéfice d'une activité de financement pour la Fondation : \_\_\_\_\_ Nom de l'activité

à la mémoire de : \_\_\_\_\_ Nom du défunt

en soutien à la mission ou en reconnaissance des soins reçus

### PERSONNE À INFORMER DU DON IN MEMORIAM (S'IL Y A LIEU)

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Imprimez, remplissez et retournez ce formulaire à la Fondation Santé Baie-des-Chaleurs accompagné de votre don, à la :

**FONDATION SANTÉ BAIE-DES-CHALEURS**

419, boulevard Perron, Maria (Québec) G0C 1Y0 | 418 759-3443, poste 2305  
fondationsantebdc.com | info@fondationsantebdc.com

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