



Fondation de l'Hôpital
du Sacré-Cœur de Montréal

Doués pour la vie

Je désire contribuer à la mission de la Fondation

RENSEIGNEMENT À PROPOS DU DONATEUR

M Mme

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Appartement _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone résidence _____ | Téléphone bureau _____

Courriel _____

JE DÉSIRE DE L'INFORMATION À PROPOS DE LA FONDATION

VOICI MON ADRESSE COURRIEL : _____

Infolettre Li@ison de la Fondation

Rapport annuel

Don planifié

Projets de l'Hôpital

Activités : Festin homard et bœuf Omnium de golf Assemblée générale annuelle
 Gala des Émilie Défi doués pour bouger Autre _____

Langue de correspondance Français Anglais

MODE DE PAIEMENT

Montant du don 35 \$ 55 \$ 125 \$ 250 \$ 500 \$ Autre _____ \$

PAR CHÈQUE PAR CHÈQUES POSTDATÉS ARGENT COMPTANT
(Chèque à l'ordre de : Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)

PAR COMPTE BANCAIRE (Veuillez inclure un chèque portant la mention « spécimen »)
N.B. Le prélèvement bancaire aura lieu tous les 1^{er} du mois

PAR CARTE DE CRÉDIT en un seul prélèvement : _____ \$
 par un prélèvement mensuel : _____ \$
(le 1^{er} de chaque mois)



N° de la carte : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Date d'expiration : _ _ | _ _

Signature : _____

Je désire avoir un reçu aux fins de l'impôt

5400, boul. Gouin Ouest, Montréal, QC H4J 1C5
Téléphone : 514 338 2303 Télécopieur : 514 338-3153