



Fondation santé et mieux-être  
Jeanne-Mance

## FORMULAIRE DE DON DON IN MEMORIAM.

Madame     Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_

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

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**DON À LA MÉMOIRE DE :** \_\_\_\_\_

**PERSONNE À INFORMER DE VOTRE TÉMOIGNAGE DE SYMPATHIE :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

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

**MONTANT DU DON:**

50 \$     100 \$     250 \$     500 \$     Autre \_\_\_\_\_ \$

**MODES DE PAIEMENT :**     Chèque     Visa     Mastercard

No.de la carte: \_\_\_\_\_

Nom figurant sur la carte: \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

*Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de :*

***Fondation santé et mieux-être Jeanne-Mance***

***Notre adresse :***

***1440, rue Dufresne  
Montréal (Québec) H2K 3J3***

***Tél : 514-257-8920 poste 4711  
Télécopieur : 514-842-0783***

***Un reçu officiel sera émis pour tout don de 20 \$ et plus  
No. d'entreprise: 12051 0904 RR0001***