



## Formulaire de don

J'appuie la Fondation de l'Hôpital de Memphrémagog dans sa mission de supporter le développement du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog dans le maintien et le rehaussement de ses services et de la qualité de ses soins.

Voici ma contribution au montant de : \_\_\_\_\_\$.

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Mode de paiement :  Chèque  Visa  Mastercard

# de carte de crédit : \_\_\_\_\_

Exp. : \_\_\_\_\_

Je désire recevoir un reçu pour fin d'impôt (don de 20,00 \$ et plus)

Numéro d'enregistrement : 119000529 RR0001