



FORMULAIRE DE DON IN MEMORIAM

Don commémoratif

J'inclus un don de : _____ \$

À la mémoire de Madame Monsieur

Argent comptant

Chèque (fait à l'ordre de la **Fondation Groupe Santé Arbec**)

Carte de crédit : Visa MasterCard

Titulaire : _____

Numéro : _____ Date d'expiration : _____

Signature : _____

Donateur

Madame Monsieur

Prénom et nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (rés.) : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Famille à aviser

Je souhaite que mon don demeure anonyme. *(si coché, ne pas remplir la partie qui suit)*

Madame Monsieur

Prénom et nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Merci de bien vouloir faire parvenir ce formulaire et votre don à :

Fondation Groupe Santé Arbec
3931, Lakeshore Drive, Rawdon QC J0K 1S0

UN REÇU FISCAL SERA REMIS POUR LES DONNS DE 20 \$ ET PLUS.

Paiement sécurisé par carte de crédit également disponible sur fondationgsa.org

