

# FORMULAIRE DE DON

FONDATION HÔPITAL  
PIERRE-BOUCHER

*L'humain au cœur des soins*



Madame                      Monsieur                      Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

## Voici mon don

25 \$                      50 \$                      75 \$                      100 \$                      Autre : \_\_\_\_\_ \$

Je désire que mon don demeure anonyme.

## Paiement

Chèque libellé à l'ordre de la Fondation Hôpital Pierre-Boucher

Visa                      MasterCard

Nom du détenteur de la carte \_\_\_\_\_

Numéro \_\_\_\_\_

Date d'expiration \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Un reçu fiscal sera automatiquement émis pour tous les dons de 25 \$ et plus.**

Je ne désire pas recevoir de reçu fiscal.

## Section à compléter pour un don in memoriam seulement

Don en mémoire de \_\_\_\_\_

Je désire que la famille de la personne décédée soit avisée de ce don, à l'adresse suivante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Retourner le formulaire dûment rempli ainsi que votre don à**

Fondation Hôpital Pierre-Boucher  
1333, boulevard Jacques-Cartier Est  
Longueuil (Québec) J4M 2A5