FONDATION
HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE
Ensemble pour l'excellence en soins de santé

LAKESHORE GENERAL HOSPITAL
FOUNDATION
Working together for health care excellence

FORMULAIRE DE CONTRIBUTION

INFORMATION SUR LE DONATEUR	
Prénom:	Nom de famille:
Adresse:	Ville:
Province:	Code postal:
Téléphone	Courriel:

CONTRIBUTION

J'aimerais faire un don unique au montant de :
□ 1000$ □ 500$ □ 250$ □ 100$ □ 50$ □ Autre: _____$

J'aimerais faire un don pour les années suivantes:
□ 2006 □ 2007 □ 2008 □ 2009 □ 2010

Montant annuel de la promesse:
□ 1000$ □ 500$ □ 250$ □ 100$ □ 50$
□ Autre: _____$

Je préfère faire un don mensuel par paiements pré-autorisés (carte de crédit seulement):
Montant du paiement mensuel: _____$ payable le _____ de chaque mois.

DÉSIGNATION DE LA CONTRIBUTION

□ Fonds général □ Fonds particuliers_____

MODE DE PAIEMENT

□ Chèque (libellé à la Fondation de l'Hôpital Général du Lakeshore)

□ VISA □ MasterCard

Numéro de carte: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'exp. (mm/aa) | | | | | Signature: _____

□ J'aimerais recevoir des reçus pour fins d'impôts.
(Les reçus sont envoyés automatiquement pour les montants de 25 $ et plus.)
□ Je souhaite conserver l'anonymat.

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner par télécopieur ou par la poste à:

La Fondation de l'Hôpital Général du Lakeshore
160 Stillview, suite 5209, Pointe Claire, Québec H9R 2Y2
Téléphone: 514.630.2081 Téléc.: 514.630.2873

Numéro d'enregistrement 13202 1668 RR0001

MERCI DE VOTRE ENCOURAGEMENT!