





## FORMULAIRE DE CONTRIBUTION « EN MÉMOIRE »

INFORMATION SUR LE DONATEUR																					
Prénom:	Nom de famille:																				
Adresse:	Ville:																				
Province:	Code postal:																				
Téléphone	Courriel:																				
CONTRIBUTION																					
J'aimerais faire un don « en mémoire » au montant de : <input type="checkbox"/> 1000\$ <input type="checkbox"/> 500\$ <input type="checkbox"/> 250\$ <input type="checkbox"/> 100\$ <input type="checkbox"/> 50\$ <input type="checkbox"/> Autre: _____ \$																					
Le don est en mémoire de : (Nom de la personne décédée) _____																					
DÉSIGNATION DE LA CONTRIBUTION																					
<input type="checkbox"/> Fonds général <input type="checkbox"/> Fonds particuliers _____																					
PERSONNE À AVISER :																					
Nom:																					
Adresse:																					
Ville:	Province:                      Code Postal:																				
Provenance du don (si différent donateur):																					
MODE DE PAIEMENT																					
<input type="checkbox"/> Chèque (libellé à la Fondation de l'Hôpital Général du Lakeshore)																					
<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 																				
Numéro de carte:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
Date d'exp. (mm/aa)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Signature: _____																				
<input type="checkbox"/> J'aimerais recevoir des reçus pour fins d'impôts. (Les reçus sont envoyés automatiquement pour les montants de 25 \$ et plus.)																					
<input type="checkbox"/> 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!**