



# Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière

Pour un don à la mémoire d'un être cher...

À la mémoire de :

Mme  M. \_\_\_\_\_

Nom du donateur : \_\_\_\_\_

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

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

Code Postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

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

Montant du don : \_\_\_\_\_ \$

Dédié à l'unité ou au département (s.v.p. spécifier) : \_\_\_\_\_

Argent comptant

Chèque fait à l'ordre de : *Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière ou FSNL*

Master Card

Visa

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

Expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom du titulaire : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

*Vous recevrez automatiquement un reçu pour fins d'impôt pour tout don de 20 \$ et plus.*

Coordonnées de la famille à aviser du don:

(laisser en blanc si vous ne désirez pas que la famille soit avisée)

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

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

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

Code Postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_