

## Votre don est important !

RETOURNER CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ ACCOMPAGNÉ DE VOTRE DON À :

**Fondation des hôpitaux Enfant-Jésus – Saint-Sacrement**  
**1401, 18<sup>e</sup> Rue Québec QC G1J 1Z4**

**Téléphone : (418) 649-5959    Télécopieur : (418) 649-5907**

**Je désire effectuer un don au montant de :**

25 \$     35 \$     50 \$     100 \$     200 \$     Autre \_\_\_\_\_

Chèque / mandat     Visa

No carte : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_

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

### **Don mensuel préautorisé**

(veuillez cocher le montant pour lequel vous désirez souscrire)

10 \$     15 \$     20 \$     25 \$     Autre \_\_\_\_\_ **par mois (minimum de 10 \$)**

1-  Préautorisé avec chèque (veuillez inclure un chèque portant la mention « SPÉCIMEN »).

2-  Chèques postdatés (veuillez inclure 12 chèques postdatés).

Vous pourrez modifier ou annuler cette contribution en tout temps en communiquant avec la Fondation.

Le chèque doit être émis à l'ordre de : **Fondation des hôpitaux Enfant-Jésus – Saint-Sacrement**

**Je désire que mon don soit dirigé vers :**

Fonds général     Fonds Enfant-Jésus     Fonds Saint-Sacrement

Un secteur de soins précis (fonds dédié) : \_\_\_\_\_

Un reçu sera émis pour les dons de 20 \$ et plus. Pour les dons moindres, des reçus seront adressés sur demande.

Je désire un reçu pour fins d'impôt.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_ App.: \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Téléphone bur. : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Téléphone rés. : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Jour / mois / année

**Merci de votre générosité !**