



LA FONDATION DE L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL THE ARGENTEUIL HOSPITAL FOUNDATION

DON *IN MEMORIAM*

Nom de la personne décédée : _____

Nom du donateur : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) _____

Courriel : _____

Don ci-joint de : _____

Paiement : Comptant Chèque (à la Fondation de l'Hôpital d'Argenteuil)

Visa Master Card

N° de la carte de crédit : _____

Date d'expiration : _____

Signature : _____

Prière d'en aviser la famille (sans mention du montant). Une carte de condoléances leur sera envoyée.

La famille a déjà été avisée.

PERSONNE (S) À AVISER QU'UN DON A ÉTÉ FAIT :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

*** S.V.P. faire parvenir au 145, avenue de la Providence, Lachute (Québec) J8H 4C7**

Un reçu officiel pour fins d'impôt vous sera émis.

MERCI DE TOUT CŒUR DE VOTRE GÉNÉROSITÉ !