

**Ma communauté
Ma santé
Mon don**



**My community
My health
My donation**

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

Comptant

Visa

Mastercard

Numéro de 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 À AVISER QU'UN DON A ÉTÉ FAIT :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____

***S.V.P. faire parvenir au 145 ave de la Providence, Lachute, Qué, J8H 4C7**

Un reçu pour fins d'impôts vous sera émis

MERCI DE TOUT CŒUR DE VOTRE GÉNÉROSITÉ!