

DON IN MEMORIAM

Voici mon don au montant de : (indiquer le montant s.v.p.)

30 \$ 50 \$ 100 \$ 500 \$ Autre _____ \$

Je veux un REÇU fiscal : NON OUI (reçus émis pour les dons supérieurs à 10 \$)

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. : _____ Courriel : _____

Merci d'envoyer une carte en mon nom

Je ne connais pas le porte-parole de la famille

Nom et adresse du porte-parole de la famille : _____

À LA MÉMOIRE DE : _____



**Fondation du
Centre de santé
et de services sociaux
Domaine-du-Roy**

www.fondationcsssddr.ca

Paiement par chèque ou mandat poste
à l'ordre de :

Fondation du CSSS Domaine-du-Roy
450, rue Brassard, Roberval, Qc G8H 1B9

Pour information : (418) 275-5747

   Chèque / mandat

N° de la carte

Date d'expiration

Signature _____

Reçu pour fins d'impôt