

FORMULAIRE DE DON



Madame Monsieur Date _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Ville _____ Code postal _____
Téléphone _____
Courriel _____

Voici mon don

- 25 \$ 50 \$ 75 \$ 100 \$ Autre : _____ \$
 Je désire que mon don demeure anonyme.

Paieiment

- Chèque libellé à l'ordre de la Fondation Aline-Letendre
 Visa MasterCard

Nom du détenteur de la carte _____

Numéro _ _ _ _ _

Date d'expiration __ / __

Signature _____

Un reçu fiscal sera automatiquement émis pour tous les dons de 20 \$ et plus.

- Je ne désire pas recevoir de reçu fiscal.

Section à compléter pour un don in memoriam seulement

Don en mémoire de _____
<input type="checkbox"/> Je désire que la famille de la personne décédée soit avisée de ce don, à l'adresse suivante

Retourner le formulaire dûment rempli ainsi que votre don à

Fondation Aline-Letendre
1800, rue Dessaulles
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2T2

Enregistrement : 11892 0487 RR0001