

**Un don à la mémoire d'un être cher.
Un acte de cœur
à la santé des gens qui demeurent.**

S.v.p., complétez
et faites parvenir la présente à :

**La Fondation de l'Hôpital régional
de Saint-Jérôme
290, rue Montigny
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3
450-431-8484**

NOM DU DONATEUR :

.....
ADRESSE :

.....
VILLE :

.....
CODE POSTAL :

.....
DON INCLUS DE \$

.....
À LA MÉMOIRE DE :

.....
PAYÉ PAR :

CHÈQUE MASTER CARD VISA

.....
COMPTE N° :

.....
EXPIRATION :

.....
SIGNATURE :

.....
PERSONNE À INFORMER DU DON

NOM :

.....
ADRESSE :

.....
VILLE :

.....
CODE POSTAL :

-
 Reçu requis
 J'aimerais recevoir de l'information sur le
don par testament ou par assurance-vie.

NUMÉRO D'ENREGISTREMENT 132867078RR0001

Merci!