



Fondation de
l'Hôpital régional
de Saint-Jérôme

Formulaire de don mensuel préautorisé

Renseignements personnels :

Nom: _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Don

- 300 \$/annuel ou → 25\$/mois
 1 300 \$/annuel ou → 25\$/semaine
 2 500 \$/annuel
 25 000 \$/annuel
 Autre montant _____

Modalités de paiement :

Par prélèvement automatique : joindre un spécimen de chèque
Chèque(s) libellé(s) à l'ordre de : Fondation Hôpital régional de Saint-Jérôme

Visa MasterCard - Prélevé le 1^{er} ou 15 de chaque mois

No _____ Exp. _____

Signature : _____ Date : _____

Je peux révoquer mon autorisation (préavis de 30 jours) à tout moment en communiquant avec la Fondation au (450) 431-8484 (poste #2).
Pour plus d'information sur les droits d'annulation, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.

Merci pour votre générosité!

Merci de retourner votre formulaire à la Fondation de l'Hôpital soit par télécopieur au (450) 431-8336

ou à fondation@cdsj.org Information : (450) 431-8484 #2

Adresse postale : 290, De Montigny, Saint-Jérôme (QC) J7Z 5T3

Adresse civique : Pavillon Marie-Berthe, (Bloc G) 185 Durand (1 rue au Nord de l'Hôpital)