Oui, vous pouvez compter sur mon appui!

Retournez cette partie avec votre contribution en utilisant l'enveloppe-réponse.

1 JE FAIS UN **DON UNIQUE** DE : ☐ 65 $ ☐ 70 $ ☐ 90 $ ☐ ou _____ $

MODE DE PAIEMENT : ☐ J'inclus un chèque à l'ordre de la Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

☐ Ou j'utilise ma carte de crédit

2 JE FAIS UN **DON MENSUEL*** DE : ☐ 10 $ ☐ 15 $ ☐ 25 $ ☐ ou _____ $

J'autorise la Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme
à retirer, le _____ de chaque mois, le montant choisi ci-haut.

MODE DE PAIEMENT : ☐ J'inclus un spécimen de chèque

☐ Ou j'utilise ma carte de crédit

* AUCUN RISQUE, AUCUNE OBLIGATION. Vous pouvez interrompre votre don mesuel à tout moment. Vous n'avez qu'à nous aviser 30 jours AVANT votre prochain prélèvement.

Numéro d'enregistrement ARC : 132867078RR0001

PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT : ☐ VISA ☐ MasterCard

_____ _____

Signature Date d'expiration

_____

Téléphone

_____

Adresse courriel

Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme
290, rue De Montigny, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3
Téléphone : 450 431-8484 • Télécopieur : 450 431-8336
www.donnezavotresante.com