

Retournez cette partie avec votre contribution.

OUI, VOUS POUVEZ COMPTER SUR MON APPUI!

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
J'utilise ma carte de crédit

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-dessus.

Mode de paiement :

J'inclus un spécimen de chèque
J'utilise ma carte de crédit

* **AUCUN RISQUE, AUCUNE OBLIGATION.** Vous pouvez interrompre votre don mensuel
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

Tél. : 450 431-8484 | Téléc. : 450 431-8336

www.donnezavotresante.com