



FONDATION  
HÔPITAL  
RÉGIONAL  
SAINT-JÉRÔME

**UN DON**  
À LA MÉMOIRE  
D'UN ÊTRE CHER.

**UN ACTE DE CŒUR**  
**À LA SANTÉ**  
DES GENS QUI DEMEURENT.

*Veillez remplir et faire parvenir le formulaire à l'adresse suivante :*

**LA FONDATION DE L'HÔPITAL RÉGIONAL DE SAINT-JÉRÔME**  
290, rue De Montigny  
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3  
450 431-8484

NOM DU DONATEUR :

---

ADRESSE :

---

VILLE :

---

CODE POSTAL :

---

MONTANT DU DON INCLUS : \$

---

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!***