

Formulaire de don

Information sur le donateur

Titre Mme M. Autre

Prénom Nom

ou
Nom de l'organisation

Adresse

Ville Province Code postal

Téléphone Courriel

Information sur le don

J'aimerais dédier mon don à Nos besoins les plus urgents Autre



J'aimerais dédier mon don en mémoire ou en l'honneur de Nom

J'aimerais faire un don unique de 100 \$ 250 \$ 500 \$ Autre \$

J'aimerais souscrire
au Programme de don mensuel 15 \$/mois 25 \$/mois 50 \$/mois Autre \$/mois

Information sur le paiement

Chèque libellé à l'ordre de la : Maison de soins palliatifs et centre de jour St-Raphaël

 mastercard 

Numéro de la carte de crédit Date d'expiration

Détenteur de la carte de crédit Signature

Confidentialité

J'autorise la Maison St-Raphaël à publier mon nom sur le tableau d'honneur

Je veux que mon nom et le montant de mon don demeurent confidentiels

Un reçu officiel aux fins d'impôts sera envoyé pour toute contribution de 15 \$ ou plus
Numéro d'organisme de bienfaisance : 81999 7693 RR0001

**Veillez retourner ce formulaire
dûment rempli**

Par la poste
Kim Cavener
Directrice du développement
Maison de soins palliatifs et
centre de jour St-Raphaël
2001, avenue Lajoie
(entrée via chemin Deacon)
Montréal QC H3S 1V6

**Par courriel ou pour faire
un don par téléphone**
France Mailloux
Conseillère au développement
philanthropique, Maison de soins
palliatifs et centre de jour St-Raphaël
francemailloux@maisonstraphael.org
514 736-2001 poste 317

Merci de votre générosité!