



Merci d'appuyer la Fondation de l'Hôpital de Lachine

Coordonnées du donateur

M. Mme.

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Langue de correspondance : Français Anglais

Modalités de paiement

Montant du don : \$ 25 \$ 50 \$ 75 \$ 100 Autre : _____ \$

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comptant | <input type="checkbox"/> Carte de crédit |
| <input type="checkbox"/> Chèque J'inclus un chèque à l'ordre de la Fondation de l'Hôpital de Lachine | <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard |
| | Numéro de la carte : _____ |
| | Date d'expiration : _____ |
| | Nom du détenteur de la carte : _____ code CVV : _____ |
| | Signature: _____ |