

MAISON DE SOINS PALLIATIFS DE LAVAL INC.

Oui – Je désire appuyer La Maison de Soins Palliatifs de Laval inc. Voici mon don.

Pour faire un don par chèque ou carte de crédit, veuillez imprimer cette formule puis envoyez-la par télécopieur ou par la poste.

J'inclus un don unique de :

100 \$ 75 \$ 50 \$ 30 \$ Autre : _____

Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de : Maison de Soins Palliatifs de Laval inc.

Veillez porter le montant ci-dessus à ma carte de crédit.
(Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous)

Monsieur Madame

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____ Bureau _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone bureau : _____

Courriel : _____

Informations pour carte de crédit :

Master Card
 Visa

Numéro de la carte : _____

Date d'expiration : _____

Signature : _____

Envoyer par télécopieur au numéro : 450-936-4301

Ou par la poste à :

**Maison de Soins Palliatifs de Laval inc.
655 Avenue Bellevue
Laval (Québec) H7C 0A8**

Sauf avis contraire, des reçus d'impôt sont émis pour les dons de 25 \$ et plus.
No d'enregistrement de charité 897210514RR0001