



Maison de Soins Palliatifs DE LAVAL

FORMULAIRE DE DON

Oui – Je désire appuyer la Maison de Soins Palliatifs de Laval

Pour faire un don par chèque, ou carte de crédit, veuillez imprimer cette formule puis retourner-la par télécopieur, par la poste ou courriel : **mspl@videotron.ca**.

J'inclus un don unique de : (Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de : Maison de Soins Palliatifs de Laval)

200 \$ 100 \$ 75 \$ 50 \$ 30 \$ 25 \$ Autre : _____

Veuillez porter le montant ci-dessus à ma carte de crédit.

(Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous)

Monsieur Madame

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

no. civique : _____ rue : _____ app. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Résidence : _____ Autre : _____

Adresse courriel : _____

Informations pour carte de crédit :

Master Card Visa

Nom du détenteur : _____

Numéro de la carte : _____ Exp. : _____

Signature : _____

Maison de Soins Palliatifs de Laval inc.

655 Avenue Bellevue, Laval QC H7C 0A8 Tél. : 450-936-4300, Téléc. : 450-936-4301

À la mémoire de : _____ Nous devons aviser la famille : Non Oui

Nom : _____ Adresse : _____

Sauf avis contraire, des reçus d'impôt sont émis pour les dons de 25 \$ et plus ou sur demande.

Numéro d'enregistrement de charité 897210514RR0001