



FORMULAIRE DE DON PUR ET SIMPLE ET PRÉAUTORISÉ

Coordonnées du donateur

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	Province :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>	Code Postal :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	Courriel :	<input type="text"/>

Votre don sera affecté au fonds général de la Fondation pour répondre aux nombreux besoins de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul et améliorer la qualité de vie des malades.
Vous êtes dans une zone sécurisée du site Web, les informations soumises sont traitées confidentiellement.

Votre don

Je désire effectuer un don au montant de :

10\$ 20\$ 30\$ 50\$ 100\$ Autre montant : _____\$

Mode de paiement : Visa MasterCard Chèque ci-inclus

Nom du détenteur de la carte : _____

Numéro : _____

Date d'expiration : _____

Votre don mensuel préautorisé

Je désire effectuer un don mensuel préautorisé au montant de :

5\$ 10\$ 15\$ 20\$ 25\$ 30\$ Autre : _____\$

J'autorise la Fondation à prélever le montant indiqué ci-dessous sur la carte de crédit que j'ai identifiée précédemment :

Signature du donateur

Date

Libeller votre chèque au nom de : Fondation Hôpital de Baie-Saint-Paul

No d'enregistrement : 0825935-13