



FONDATION HÔPITAL DE BAIE-SAINT-PAUL  
74, rue Ambroise-Fafard (3e étage)  
Baie-Saint-Paul (Québec) G3Z 2J6  
Nous contacter: (418) 435-5150 (2372)

## 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