



Fondation  
Centre de santé et de services sociaux  
Jeanne-Mance

**Formulaire de don**  
**DON IN MEMORIAM**

**Donateur :**

Madame     Monsieur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

**Montant du don :** \_\_\_\_\_

**Modes de paiement :**  Chèque ci-joint :

*\* Libellé à l'ordre de la Fondation CSSS Jeanne-Mance et acheminé par la poste à l'adresse ci-dessous.*

Visa     Mastercard    N° de carte: \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Signature : \_\_\_\_\_

**Don à la mémoire de :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

**Personne à informer de votre témoignage de sympathie :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
App. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_

**Notre adresse :**

155, boul. Saint-Joseph Est  
Montréal, Québec H2T 1H4  
Tél : 514-842-7180 poste 7300  
Télec : 514-842-0783

**Un reçu officiel vous sera émis.**

**N° d'entreprise: 12051 0904 RR0001**