



FONDATION DE L'HÔPITAL  
SAINTE-ANNE-DE-BEAUPRÉ



**DON UNIQUE**

Montant du don

- 25 \$
- 50 \$
- 75 \$
- 100 \$
- \_\_\_\_\_ \$

**DON MENSUEL**

J'autorise la Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré à prélever chaque mois un montant de :

- 10 \$
- 15 \$
- 20 \$
- \_\_\_\_\_ \$ (minimum 5 \$)

- 1<sup>er</sup> de chaque mois
- 15 de chaque mois
- À partir du : \_\_\_\_\_ (mois/année)

Prélèvement(s) bancaire(s)

Je joins un spécimen de chèque portant la mention «annulé» et j'autorise la FHSAB à prélever de mon compte la somme indiquée ci-dessus.

Comptant

Chèque

Carte de crédit



No. de carte de crédit

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Date d'expiration (MM/AA)

Signature

**COORDONNÉES DU DONATEUR** (Veuillez cocher les cases qui s'appliquent à votre situation)

Est-ce la première fois que vous donnez à la Fondation ?  Oui  Non

Vous désirez faire un don :  Unique  Mensuel

M.  Mme Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

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

No. Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

JJ / MM / AA

**Envoyer ce formulaire**

Par la poste :  
Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré  
11 000, rue des Montagnards, bureau P1-107  
Beaupré (Québec) G0A 1E0

Par télécopieur : (418) 827-7300

Téléphone : (418) 827-5773, poste 2802



Je désire un reçu pour fins fiscales :  Oui  Non  Je désire obtenir des renseignements sur le Programme de dons planifiés de la Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré.

**Merci.**