



Soutenez votre **Fondation Santé** et ses projets de modernisation des soins de santé dans la communauté en complétant ce formulaire et en le retournant par la poste au **920, boul. du Séminaire Nord, Saint-Jean-sur-Richelieu, QC, J3A 1B7.**

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Je désire recevoir mon reçu par courriel pour économiser les frais de poste.

Tout don de **150 \$ et plus** permet d'être reconnu comme Gouverneur dans le rapport annuel de la **Fondation Santé**. Tout don de **plus de 1 000 \$** sera aussi reconnu sur le tableau d'honneur dans le hall d'entrée de l'Hôpital.

Je souhaite que mon don reste anonyme et n'apparaisse ni dans le rapport annuel, ni sur le tableau d'honneur.

Indiquez ici, en cochant, votre désir d'obtenir des informations sur la préparation d'un don testamentaire.

**S.V.P. remplissez l'une des deux sections suivantes :**

**1. Don unique**

Veuillez accepter mon don de : \_\_\_\_\_ \$

**2. Notre programme de dons mensuels vous facilite la vie!**

J'autorise la **Fondation Santé** à prélever, le 15 de chaque mois, et ce, jusqu'à indication contraire par écrit de ma part :

10 \$  15 \$  25 \$  50 \$ Autre (min. 5 \$ /mois) : \_\_\_\_\_ \$

**Modes de paiement disponibles (SVP en choisir UN)**

Je joins un chèque à l'ordre de la **Fondation Santé Haut-Richelieu-Rouville**

J'aimerais m'inscrire au prélèvement bancaire (SVP fournir un spécimen de chèque)

Je fais mon don par carte de credit :  VISA  MASTER

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mois année

\_\_\_\_\_  
Signature du détenteur de la carte

**Merci !**