



FORMULAIRE DE DON

Je désire faire un don au montant de : 25\$ 50\$ 100\$ 200\$ Autre: _____\$

Chèque Comptant Visa Mastercard

No. de la carte :

Expiration (MM/AA) :

Nom du détenteur de la carte : _____

Informations du donateur :

Madame Monsieur

Nom : _____

Compagnie : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél : _____ Courriel : _____

Je souhaite recevoir un reçu pour fins d'impôts (pour tout don de 20\$ et plus).

Veillez indiquer que mon don est « à la mémoire de » :

Madame Monsieur _____

J'offre mes vœux de condoléances à :

Madame Monsieur Famille

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province: _____ Code postal: _____

Tél : _____

Message personnel: _____

SOCIÉTÉ ALZHEIMER HAUT-RICHELIEU

211, rue Mayrand, bureau 5, Saint-Jean-sur-Richelieu (QC) J3B 3L1
Tél.: 450 347-5500 - Sans frais: 514 990-8262 - Téléc. : 450 347-7370
www.sahr.ca - info@sahr.ca