



Fondation santé et mieux-être
Jeanne-Mance

FORMULAIRE DE DON

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence : _____

Adresse électronique : _____

MONTANT DU DON PONCTUEL:

50 \$ 100 \$ 250 \$ 500 \$ Autre _____ \$

MONTANT MENSUEL DU DON : _____ \$ Durée : _____ mois

MODES DE PAIEMENT :

Chèque Visa Mastercard

No.de la carte: _____

Nom figurant sur la carte: _____

Date d'expiration : ____ / ____ Signature : _____

Veillez libeller votre chèque à l'ordre de :

Fondation santé et mieux-être Jeanne-Mance

Notre adresse :

**1440, rue Dufresne
Montréal (Québec) H2K 3J3**

**Tél : 514-257-8920 poste 4711
Télécopieur : 514-842-0783**

**Un reçu officiel sera émis pour tout don de 20 \$ et plus.
No. d'entreprise: 12051 0904 RR0001**