Fondation de la santé du Témiscouata

**FORMULAIRE DE DON UNIQUE**

*Votre don permet de maintenir et d'améliorer la qualité des soins offerts à la clientèle des établissements de santé et de services sociaux situés au Témiscouata. Merci !*

**Je désire faire un don unique**

Nom : _____Prénom _____

Adresse complète : _____

_____ Code postal _____

No. de téléphone _____Courriel : _____

**Montant du don :** ❑10 $ ❑ 20 $ ❑ 30 $ ❑ 40 $ ❑ 50 $ **Autre** _____**$**

Modalité de paiement ▼

❑ Chèque/mandat poste, libellé à l'ordre de la Fondation de la santé du Témiscouata
❑ Comptant
❑ J'autorise le prélèvement de ce montant sur ma carte de crédit

❒ Carte de crédit Visa ❒ Carte de crédit Master Card

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date d'expiration : |_|_| |_|_|

Numéro de la carte de crédit Mois Année

_____ _____

Titulaire de la carte Signature (par la poste ou pas télécopieur)

Désirez-vous un reçu pour fin d'impôts ❑ OUI ❑ NON

**Veuillez nous faire parvenir votre don, accompagné de ce formulaire dûment rempli, à l'adresse suivante :**

**Fondation de la santé du Témiscouata : 58, rue de l'Église, Témiscouata-sur-le-Lac, (Québec) G0L 1X0, par télécopieur, expédiez au 418-899-2809**

Pour des informations supplémentaires, téléphonez au 418-899-0214, poste 10291

No. d'enregistrement : 89914 6542 RT0001