

Inclure ce coupon avec votre don.

---

# Mon attentionné préféré

Oui, j'ai un **attentionné** préféré!

---

Son nom complet\* (prénom et nom)  
(EN MAJUSCULES)

---

Son service à l'HMR et son étage  
(EN MAJUSCULES)

Voici, en quelques mots,  
pourquoi mon **attentionné**  
mérite d'être reconnu.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Et voici mon nom :

---

Mon nom au complet  
(EN MAJUSCULES)

\* Comme l'Hôpital compte 5 500 employés, aidez-nous à bien identifier votre attentionné en nous fournissant son prénom et son nom, ainsi que l'étage et le service où il travaille.

---

# Oui, je veux remercier ceux qui font une différence!



Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ app. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

- Please send future correspondence in English.
- Je désire de l'information sur les dons planifiés.
- Je désire que mon nom ne soit pas publié comme donateur.

**Don en ligne :**  
➔ [www.fondationhmr.ca](http://www.fondationhmr.ca)

Voici mon don de :  25 \$  50 \$  75 \$  100 \$ ou \_\_\_\_\_ \$

Je joins un chèque à l'ordre de la **Fondation HMR**.

Je préfère donner par carte de crédit :    

\_\_\_\_\_  
N° de la carte

\_\_\_\_\_  
Date d'expiration

\_\_\_\_\_  
Titulaire de la carte

\_\_\_\_\_  
Signature

La Fondation HMR s'engage auprès de ses donateurs à garder confidentiels tous les renseignements les concernant. Sa liste de donateurs n'est jamais louée ou vendue à d'autres organisations.

Un reçu fiscal est envoyé pour tout don de 15 \$ et plus.

N ° d'enregistrement : 107391757RR0001

**Merci!**

**+HMR** Fondation  
de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
FondationHMR.ca

5345, boulevard de l'Assomption, bureau 270, Montréal (Québec) HIT 4B3  
Téléphone : 514 252-3435

**Veillez imprimer et remplir manuellement le formulaire**