

Je veux perpétuer la mémoire d'un être cher en soutenant la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Nom _____
Adresse _____ app. _____
Ville _____ Province _____
Code postal _____ Téléphone _____
Courriel _____



Ce don est fait à la mémoire de

Nom _____
Prénom _____

Une carte attestant de mon don sera envoyée à

Nom _____
Adresse _____ app. _____
Ville _____ Province _____
Code postal _____ Téléphone _____
Courriel _____

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 :  

_____ Date d'expiration _____
N° de la carte

_____ Signature _____
Titulaire de la carte

IMF

- Please send future correspondence in English.
 Je désire de l'information sur les dons par testament.
 SVP, ne publiez pas mon nom dans la liste des donateurs.
 Je veux recevoir vos communications. Voici mon courriel :
_____@_____

Don en ligne :
➔ fondationhmr.ca

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!

FHMR — fondation
de l'hôpital
maisonneuve-
rosemont

270 - 5345, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 4B3

info@fondationhmr.ca

t : 514 252-3435