FONDATION de la santé et des services sociaux de Manicouagan

Formulaire de don

Identification du donateur

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ **Code postal :** _____ _____

Téléphone : (____) _____ - _____

Courriel : _____

Voici le montant de mon don :

❑ 25 $ ❑ 50 $ ❑ 100 $ ❑ 250 $ ❑ 500 $ ❑ autre : _____ $

❑ Par chèque
(libellé à l'ordre de la Fondation SSSM)

❑ En argent comptant

❑ Par carte de crédit ❑ VISA ❑ MASTER CARD

Numéro : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Expiration : _____ / _____ **CVC** : _____ **Signature** : _____
mois année obligatoire

Votre contribution sera affectée dans le fonds général de la Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan, afin de répondre aux besoins priorisés du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord – région Manicouagan.

Si vous désirez **diriger votre don spécifiquement vers l'une des missions des établissements de santé de notre région**, veuillez le cocher ci-dessous :

❑ Hospitalier (Hôpital Le Royer)

❑ Oncologie – Hôpital le Royer (traitement du cancer)

❑ Réadaptation et protection de la jeunesse

❑ Hébergement et soins de longue durée (CHSLD : N.-A.- Labrie et Boisvert)

Un reçu cumulatif pour déclarations fiscales vous sera expédié en fin d'année.
Numéro d'organisme enregistré : 885296756 RR0001

Pour **contribuer mensuellement** par prélèvement bancaire préautorisé, ou par carte de crédit, veuillez vous référer au formulaire de don mensuel.

Merci de votre générosité !

Remplir le formulaire de souscription ci-dessus et le poster à :
Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan
635, boulevard Jolliet, Baie-Comeau (Québec) G5C 1P1