

JE DÉSIRE VERSER UN DON DE _____ \$ À LA MÉMOIRE DE :

M MME : _____

Nom de la personne défunte

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

Identification du donateur

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) ____ - _____

Courriel : _____

Personne à informer du don :

La Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan fera parvenir de votre part à cette personne, une carte de sympathie l'informant de votre don. *(Le montant de votre don demeure confidentiel)*

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) ____ - _____

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 priorités 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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalier (Hôpital Le Royer) | <input type="checkbox"/> Réadaptation et protection de la jeunesse |
| <input type="checkbox"/> Oncologie – Hôpital le Royer
(traitement du cancer) | <input type="checkbox"/> Hébergement et soins de longue durée
(CHSLD : N.-A.- Labrie et Boisvert) |

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

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