

FONDATION



Formulaire de DON

Je désire faire un don à la FONDATION de l'Association québécoise des laryngectomisés.

Donateur(trice)

NOM _____

ADRESSE _____ # APP: _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE _____ COURRIEL _____

Don (par chèque seulement)

Montant: 25\$ _____ 50\$ _____ 100\$ _____ Autre (précisez) _____

Est-ce un don en mémoire d'une personne décédée?

Non _____

Oui _____

Si oui, complétez l'information demandée ci-dessous. Une carte commémorative sera expédiée à la personne désirée et un reçu pour fins d'impôt sera acheminé au donateur.

Complétez

À LA MÉMOIRE DE _____

Expédier la carte commémorative à:

NOM _____

ADRESSE _____ # APP.: _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

SVP acheminez votre don à:

FONDATION de l'Association québécoise des laryngectomisés
5151 boul. de l'Assomption
Montréal, Québec, H1T 4A9

Merci pour votre contribution