

POUR EFFECTUER UN DON PAR LA POSTE, PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR COURRIEL, VEUILLEZ SVP IMPRIMER LE FORMULAIRE DE DON ET FAIRE PARVENIR VOTRE DON À LA FONDATION DE L'HÔPITAL MONT-SINAÏ.

Fondation de l'hôpital Mont-Sinaï
5690, boul. Cavendish
Montréal, QC H4W 1S7

T. 514-369-2222 #1299
F. 514.369.3378
C. info@mountsinaifoundation.org

INFORMATION SUR LE DON

J'aimerais faire un don de: 35\$ 50\$ 75\$ 100\$ Autre: _____

une fois seulement mensuellement

SVP attribuer ce don à: La campagne annuelle Le Cercle des Gouverneurs Le Rallye Sinaï
 Autre _____

INFORMATION SUR LE DONATEUR

Don personnel Au nom d'une entreprise
 Français Anglais

Prénom et nom de famille _____

Nom de la compagnie (si applicable) _____

Courriel _____

No. de téléphone à la maison _____ No. de téléphone au travail _____

Adresse _____

Ville: _____ Province/État: _____ Code postal: _____

TYPE DE PAIEMENT Cheque MasterCard Visa American Express

Numéro de la carte de crédit _____ Exp: ____/____

Nom sur la carte: _____

DONS À LA MÉMOIRE DE QUELQU'UN / EN HOMMAGE

J'aimerais effectuer un don à la mémoire de en hommage à: _____

Nous allons aviser la famille que vous avez effectué un don à la Fondation de l'hôpital Mont-Sinaï :
veuillez SVP indiquer leur nom, leur adresse, et un message pour la famille si vous le souhaitez

Prénom et nom de famille _____

Adresse _____

Ville _____ Province/État _____ Code postal _____

Votre message _____

MERCI DE SOUTENIR LA FONDATION DE L'HÔPITAL MONT-SINAÏ. VOTRE DON PHILANTHROPIQUE SERA UTILISÉ IMMÉDIATEMENT AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS AUX PATIENTS.