FONDATION
du Centre hospitalier
de Val-d'Or

C.P. 715, Val-d'Or (Québec) J9P 4P6
819 825-5858 #2313 • fondation_chvd@ssss.gouv.qc.ca

Je veux faire un don ***POUR LA SANTÉ***

☐ Je désire un reçu fiscal

☐ Je désire que mon don demeure anonyme

☐ Je désire faire un don mensuel et j'autorise la **Fondation du Centre hospitalier de Val-d'Or** à prélever mensuellement sur ma carte de crédit la somme de _____$

Nom / Entreprise : _____

Adresse : _____

Ville: _____ Code postal : _____

Téléphone: _____ Courriel : _____

Montant du don : ☐ **25$** ☐ **50$** ☐ **75$** ☐ **100$** Autre : _____$

Mode de paiement : ☐ Comptant ☐ Chèque ☐ mastercard ☐ VISA

N° de carte : _____ Date d'expiration : _____

_____
Signature

Faites votre chèque à l'ordre de :
Fondation du Centre hospitalier de Val-d'Or