

**FORMULAIRE DE DON**

Votre prénom**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre nom**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’entreprise qui fait le don (s’il y a lieu)**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**J’appuie la mission de l’AQSP par un don de** *(cocher ou indiquer montant du don)***:**

**100$CAD 75$CAD 50$CAD 30$CAD 10$CAD**

**Autre montant :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **$CAD**

Cocher si vous souhaitez un reçu pour fin d’impôt

*Veuillez noter que nous envoyons des reçu de dons à partir de 20 dollars*

|  |
| --- |
| *(Facultatif)*Ce don est à la mémoire de**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Imprimer et retourner ce formulaire par la poste ainsi que le chèque de don à :

Association québécoise de soins palliatifs

C.P Casier postal 321 succ. Bureau chef

Granby QC J2G 8E5

NUMERO D’ORGANISME DE BIENFAISANCE : 892588849RR0001