



IDENTIFICATION DU DONATEUR / DONOR IDENTIFICATION

Nom / Name _____ Téléphone / Telephone _____

Entreprise / Company _____ Télécopieur / Fax _____

Adresse / Address _____

Courrier électronique / E-mail _____ Envoyer le reçu à / Send receipt to _____

DON PERSONNEL / PERSONAL DONATION

Contribution: 5 000 \$ 2 500 \$ 1 000 \$ 500 \$ 250 \$ 100 \$ 50 \$ 25 \$ Autre/Other _____ \$

Versement annuel / Annual contribution _____ \$

DON D'ENTREPRISE / CORPORATE DONATION

Contribution: 100 000 \$ 50 000 \$ 25 000 \$ 10 000 \$ 5 000 \$ Autre/Other _____ \$

Sur une période de / Over a period of: 1 an / year 2 ans / years 3 ans / years 4 ans / years 5 ans / years

Versement annuel / Annual contribution _____ \$

DON À LA MÉMOIRE DE / IN MEMORY OF

Nom / Name _____

COMMENT FAIRE VOTRE DON / HOW TO MAKE YOUR DONATION

1) CHÈQUE Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la / Make your check to the order of

Fondation pour la recherche en Chirurgie Thoracique de Montréal / Thoracic surgery research foundation of Montreal

2) VISA / MASTER CARD

Numéro de carte : _____ Date expiration : _____

Un reçu officiel sera émis / An official receipt will be sent (no.85697 2872 RR0001)

Fondation pour la recherche en chirurgie thoracique de Montréal

1560, rue Sherbrooke Est - 8e Lachapelle – Suite D-8051, Montréal (Québec) H2L 4M1

Tel : 514 890-8000 poste 24543 Fax : 514 412-7818

Adresse courriel : andree.prudhomme.chum@ssss.gouv.qc.ca

SIGNATURE DU DONATEUR / DONOR SIGNATURE

DON ANONYME / ANONYMOUS DONATION

Signature : _____ Date : _____

AIDEZ NOUS À ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE THORACIQUE AU QUÉBEC

MERCI / THANK YOU!